

Université A-Mira de Bejaia  
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion  
Département des Sciences Economiques



## MÉMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme de  
MASTER EN SCIENCES ECONOMIQUES

Option : Economie appliquée et ingénierie financière

### THEME

**Evaluation des coûts de la prise en charge des  
enfants inadaptés mentaux dans la Wilaya de  
Bejaia**

**Réalisé par :**

M : AZI Imad  
M : HADJERIOUA Houssam

**Encadré par :**

M : HIDRA Younes

**Soutenu le : 18/06/2017**

**Devant le jury composé de :**

**Présidente** : CHEURFA Taous

**Examineur** : MOURI Md wali

**Rapporteur** : HIDRA Younes

**Invité** : KEBBICHE Aissa, Président de l'association le défi, Seddouk

**Promotion 2016/2017**

## *Remerciements*

Nous remercions d'abord, M<sup>r</sup> HIDRA Younes, pour avoir accepté de diriger ce travail, pour sa disponibilité et savoir dont les conseils nous ont été d'un apport considérable.

Nous tenons à remercier particulièrement, M<sup>r</sup> KEBBICHE Aissa d'avoir accepté de nous encadrer au sein de l'organisme d'accueil qui sans son aide, serait délicats de réaliser ce travail ainsi que tout le personnel de l'association le défi Seddouk.

Nos remerciements vont également au personnel de l'association le défi d'Aokas et au personnel de l'association d'aide aux inadaptés mentaux de Bejaia.

Nos remerciements s'adressent aussi à l'ensemble des familles qui ont bien voulu participer à l'enquête et nous consacrer de leur temps pour répondre à nos interrogations. Et à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

## *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail à toutes les personnes souffrant ou  
ayant souffert d'un handicap.*

*A mes chers parents qui m'ont soutenu tout au long de mes études.  
A mes frères et sœurs.*

*A ma famille, mes amies. Et à Tous ceux qui me connaissent et  
m'estiment.*

*Imad*

*Je dédie ce modeste travail à toutes les personnes souffrant ou  
ayant souffert d'un handicap.*

*A mes chers parents qui m'ont soutenu tout au long de mes études.  
A mes sœurs adorées.*

*A ma famille, mes amies. Et à Tous ceux qui me connaissent et  
m'estiment.*

*Houssam*

## **La liste des abréviations**

**AAIMB** : Association d'aide aux inadaptés mentaux de Bejaia

**ACB** : Analyse coût-bénéfice.

**ACE** : Analyse coût-efficacité.

**ACU** : Analyse coût-utilité.

**AFS** : Allocation forfaitaire de solidarité

**AMC** : Analyse de minimisation des coûts.

**BM** : Banque mondiale

**CHU** : Centre hospitalo-universitaire

**CIDE** : La convention internationale des droits de l'enfant

**CIF** : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

**CIH** : Classification internationale du handicap

**CIM** : Classification internationale des maladies

**CIR** : Centre pour les insuffisants respiratoires

**CLIS** : Classe pour l'inclusion scolaire

**CMPP** : Centre médico-psycho-pédagogique.

**CPP** : Centre psycho-pédagogique

**CPPEH** : Centre psycho-pédagogique pour enfants handicapés

**CRDPH** : La convention relative aux droits des personnes handicapées

**DA** : Dinar Algérien.

**DASS** : Direction de l'action sociale et de la solidarité

**EEHA** : Etablissements d'éducation pour les handicapés auditifs.

**EEHV** : Etablissements d'éducation pour les handicapés visuels.

**HYES** : Healthy years equivalent

**IEM** : Institut d'éducation motrice.

**IME** : Institut médico-éducatif

**IMP** : Institut médico-pédagogique

**ITEP** : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

**LADDH** : Ligue algérienne de défense des droits de l'Homme

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONS** : Office national des statistiques.

**PIB** : Produit intérieur brut

**PSH** : Personnes en situation de handicap

**QALY**: Quality Adjusted Life Years.

**QI** : Quotient intellectuel

**SAAAIS** : Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire

**SAFEP** : Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce

**SESSAD** : Services d'Education Spéciale et de Soins à domicile.

**SSAD** : Service de soins et d'aide à domicile.

**SSEFIS** : Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire

**UNAPEI** : Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés.

**UNICEF** : United nations of international children's emergency fund, (fond des nations unies pour l'enfance).

**UPI** : Unité pédagogique d'intégration.

## La liste de figures

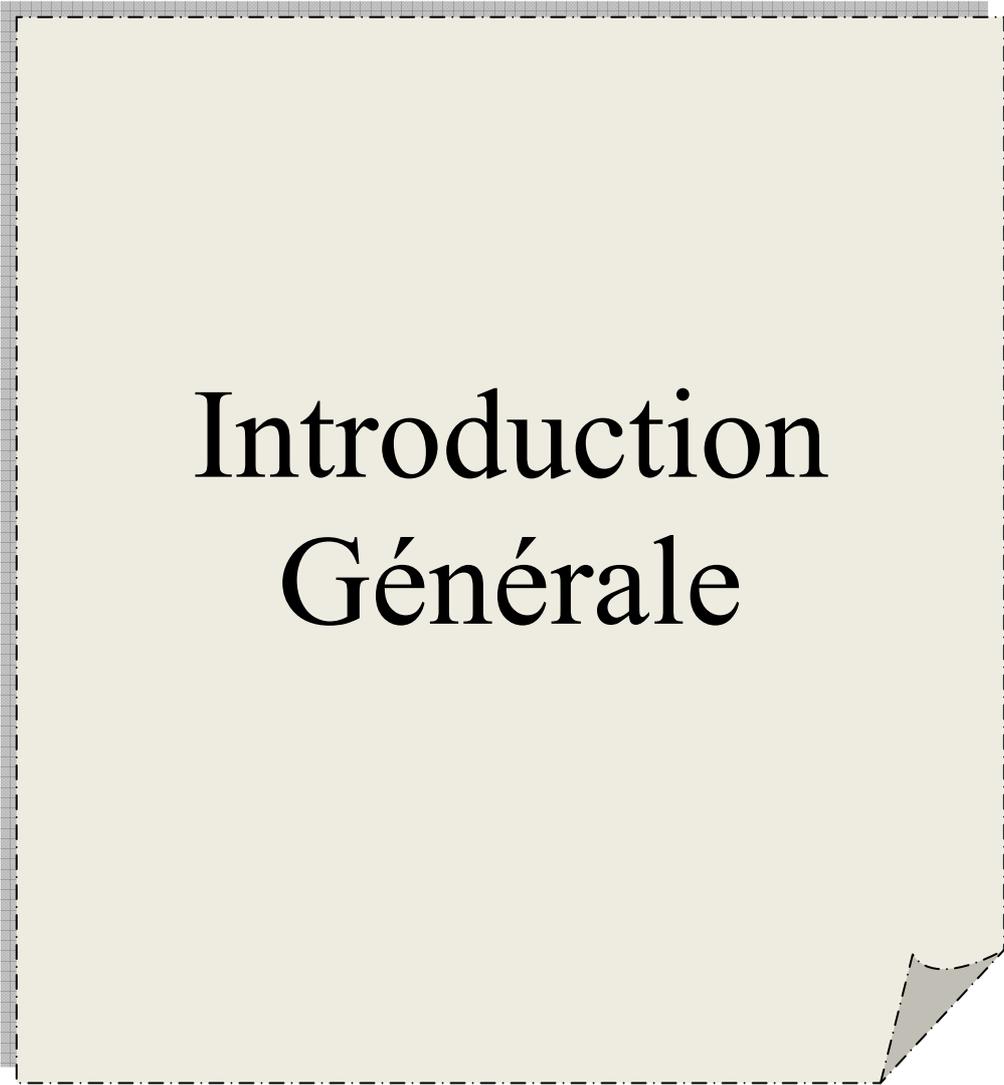
<b>Figure N°01:</b> La répartition de la déficience mentale selon le degré d'affectation.....	14
<b>Figure N°02:</b> La répartition des causes de la déficience mentale.....	15
<b>Figure N°03:</b> L'évaluation économique implique toujours une analyse comparative des actions possible.....	25
<b>Figure N°04:</b> Classification des coûts.....	31
<b>Figure N°05:</b> Le nombre des personnes handicapées par type en Algérie.....	47
<b>Figure N°06:</b> La répartition des cartes d'invalidités par sexe.....	48
<b>Figure N°07:</b> La répartition des cartes d'invalidités pour enfants handicapés par type et sexe.....	49
<b>Figure N°08 :</b> Répartition des enfants handicapés prise en charge au niveau des établissements spécialisé.....	52
<b>Figure N°09:</b> Répartition des établissements spécialisés selon le type de handicap....	53
<b>Figure N°10 :</b> La répartition du coût direct médical.....	70
<b>Figure N°11 :</b> Répartition du coût direct non médical .....	73
<b>Figure N°12:</b> La contribution de chaque un des coûts dans le coût moyen pour le patient ....	76
<b>Figure N°13 :</b> La répartition du coût moyen pour le patient .....	76
<b>Figure N°14 :</b> Répartition des coûts supportés par le centre psycho-pédagogiques.....	81

## La liste des tableaux

<b>Tableau N° 01 :</b> Niveau de Déficience mentale déterminé par le quotient intellectuel .....	14
<b>Tableau N° 02 :</b> Le nombre des personnes handicapées par type en Algérie .....	47
<b>Tableau N° 03 :</b> La répartition des cartes d'invalidité par nature de handicap et par sexe...48	
<b>Tableau N° 04 :</b> Le nombre des cartes établies pour les enfants handicapés en Algérie .....	49
<b>Tableau N° 05 :</b> Bilan de la rentrée scolaire au niveau des établissements d'éducation et d'enseignement spécialisé pour enfants handicapés année scolaire 2015-2016.....	52
<b>Tableau N° 06 :</b> Etat des effectifs des personnes en situation de handicap, par communes, (seddouk, beni maouche, bouhamza, amalou, m'cisna) 2017.....	57
<b>Tableau N° 07 :</b> Caractéristiques socioéconomiques des parents.....	64
<b>Tableau N° 08 :</b> Caractéristiques socioéconomique des patients.....	66
<b>Tableau N° 09:</b> Répartition des coûts direct médical pour chaque patient .....	68
<b>Tableau N° 10 :</b> Répartition du coût direct médical moyen pour 37 patients .....	71
<b>Tableau N° 11 :</b> Répartition du coût direct non médical.....	71
<b>Tableau N° 12 :</b> Répartition des coûts indirects.....	74
<b>Tableau N° 13 :</b> Tableau récapitulatif du coût moyen pour le patient .....	75
<b>Tableau N° 14 :</b> Répartition des dépenses supportées par l'association .....	77
<b>Tableau N° 15 :</b> Répartition du coût de la sortie.....	89
<b>Tableau N° 16 :</b> Répartition des coûts supportés par le centre psycho-pédagogiques.....	80
<b>Tableau N° 17 :</b> Répartition des coûts supportés par la DASS.....	82

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>01</b>
<b>CHAPITRE I : LA PRISE EN CHARGE DE L'INADAPTATION MENTALE</b>	
<b>Introduction .....</b>	<b>05</b>
<b>1. Concepts et définition liées à l'handicap .....</b>	<b>05</b>
<b>2. Le handicap mental : Origines, diagnostic et prévention.....</b>	<b>11</b>
<b>3. La prise en charge des enfants inadaptés mentaux.....</b>	<b>18</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>23</b>
<b>CHAPITRE II : EVALUATION ECONOMIQUE DES COUTS DU HANDICAP</b>	
<b>Introduction.....</b>	<b>24</b>
<b>1. L'évaluation économique dans le domaine de la santé.....</b>	<b>24</b>
<b>2. Les différents types des coûts et les méthodes d'évaluations économiques en santé...28</b>	
<b>3. Approche économique du dépistage et l'évaluation des coûts de la prise en charge du handicap.....</b>	<b>35</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>40</b>
<b>CHAPITRE III : LA SITUATION DE PERSONNES HANDICAPEES EN ALGERIE</b>	
<b>Introduction .....</b>	<b>41</b>
<b>1. le cadre institutionnel des programmes de prise en charge des enfants handicapés ....</b>	<b>41</b>
<b>2. statistiques concernant le handicap en Algérie .....</b>	<b>46</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>54</b>
<b>CHAPITRE IV : EVALUATION DES COUTS DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS INADAPTES MENTAUX</b>	
<b>Introduction.....</b>	<b>55</b>
<b>1. Présentation de l'organisme d'accueil.....</b>	<b>55</b>
<b>2. Méthodologie.....</b>	<b>61</b>
<b>2. Présentation de l'enquête (caractéristiques générales).....</b>	<b>63</b>
<b>4. Cas pratique : Présentation et discussion des résultats de l'étude.....</b>	<b>68</b>
<b>5. Obstacles et limites de l'étude.....</b>	<b>82</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>84</b>
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>86</b>



# Introduction Générale

# Introduction générale

---

Le handicap est la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, menant à un stress et à des difficultés morales, intellectuelles, sociales ou physiques.

Le handicap est d'abord pensé comme relatif à une déficience provoquant une incapacité permanente ou non puis il est redéfini relativement à une inégalité de moyens, en intégrant l'idée que « des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux sont nécessaires<sup>1</sup> ».

Selon, (OMS, 2012)<sup>2</sup> dans le monde, près d'un milliard de personnes vivent avec un handicap sous une forme ou une autre, et près de 200 millions d'entre elles ont de très grandes difficultés fonctionnelles.

L'Algérie<sup>3</sup> enregistre près de 39000 nouveaux cas de handicap chaque année, en effet le nombre des personnes handicapé en Algérie est près de 2 millions, 400 000 d'entre eux sont des enfants.

Ces enfants rencontrent plusieurs difficultés à s'adapter, à intégrer les groupes sociaux, en surmontant les difficultés de leurs entourages. La majorité de ces enfants sont toujours souffrants, en raison de l'insuffisance de la prise en charge au niveau de l'environnement parentale, étatique, et sociale. Cela dit, ils leur faut un environnement familiale et sociale très adéquat et confortable, en raison de leurs situations, qui ne cesse de s'aggraver de jour en jour.

Notre choix est porté sur les enfants atteints d'handicap mental car ils représentent la plus grande partie de la population d'enfants handicapés. En effet, 81,2% d'enfants handicapés sont concernés au premier chef par une atteinte mentale<sup>4</sup>.

L'inadaptation mentale peut ce définir comme « *la perte définitive des capacités intellectuelles ou affectives entraînant l'absence ou la limitation d'au moins 80% des*

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la santé, (OMS), thèmes de santé, handicaps, <http://www.who.int/topics/disabilities/fr/>, consulté le 05/02/2017.

<sup>2</sup> OMS, rapport mondial sur le handicap, 2012.

<sup>3</sup> Ligue algérienne de défense des droits de l'homme (LADD), <http://droitdelhomme.over-blog.com>, Publié le 10 Décembre 2016, consulté le 16/02/2017.

<sup>4</sup> JEANNE P., LAURENT J.P : « Enfants et adolescents handicapés : Pour une prise en charge qualitative du handicap », édition ESF, Paris, 1998.

## Introduction générale

---

*capacités à exécuter une activité considérée comme normale par un être humain consulté exclusivement par un médecin spécialiste dans le handicap mental ou psychiatrique<sup>5</sup> ».*

L'un des problèmes les plus graves auxquels le monde est confronté aujourd'hui est l'augmentation du nombre de personnes qui sont privées de toute possibilité de participation véritable à la vie économique, sociale politique et culturelle de leurs communautés. Ainsi l'équilibre des sociétés ne se réalise qu'avec la participation de l'ensemble de ses membres, quelque-soit leurs différences.

Pour cela une prise en charge des enfants inadaptés mentaux, devient indispensable pour atteindre cet objectif et pour soulager les souffrances et les difficultés rencontrées par ces enfants, et leurs familles, ainsi la prise en charge doit leur permettre la plus large autonomie.

Compte tenu de la prévalence des problèmes de santé mentale chez les enfants, il n'est pas surprenant que leurs prises en charge constituent une énorme charge psychologique et financière pour leurs familles et pour la société tout entière. La maladie mentale a des incidences économiques sur le revenu des personnes, la capacité des malades, et souvent de leurs soignants, à travailler, la productivité au travail et la contribution à l'économie nationale. S'y ajoutent le recours à des traitements et à des services d'aide.

L'inadaptation mentale est une pathologie aux retombées socio-économique considérable du fait des soins onéreux qui nécessitent sa prise en charge, cette maladie est à l'origine des coûts faramineux qu'ils soient directe, indirecte ou intangible. Leur évaluation est d'une importance capitale. Dans ce sens découle l'objet de notre travail qui consiste à mettre en lumière l'importance de l'impact économique de cette pathologie, en mettant l'accent sur les coûts qu'elle engendre dans la wilaya de Bejaia. Pour cela, notre point de départ pour aborder cette problématique passe par la question suivante :

### **A combien s'élève le coût de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux dans la wilaya de Bejaia ?**

Afin d'apporter une réponse à cette problématique, d'autres questions secondaires méritent d'être prises en considération à savoir :

- l'aide financière accordée par l'État Algérien aux familles des enfants inadaptés comble-t-elle les dépenses qu'elles assument pour répondre à leurs besoins?

---

<sup>5</sup> HAMONET Claude : « les personnes en situation de handicap », 7<sup>ème</sup> Edition, puf, paris, 2012, p 103.

## Introduction générale

---

- Quelle sont les différentes stratégies de la prise en charge, d'intégration sociale, et professionnelle des inadaptés mentaux ?
- Est-ce que l'état Algérien prend en charge tous les besoins nécessaires de ces enfants ?
- Quels sont les coûts engendrés par cette pathologie et comment peuvent-ils être évalués ?

La réponse à cette problématique nécessite de mettre en place des hypothèses de travail :

- L'allocation actuelle allouée à cette partie de la population ne suffit pas pour faire face aux différents besoins de cette dernière.
- Les stratégies adoptées par l'état Algérien ne répondent pas aux besoins de ces enfants.
- La prise en charge des enfants inadaptés mentaux est assurée par divers parties, dont les coûts supportés sont considérables.

Cette étude tentera donc une estimation des coûts de la prise charge des enfants inadaptés mentaux, l'étude est basée sur des informations collectées à travers une enquête de terrain, l'importance de cette enquête, permettrait d'obtenir des données statistiques fiables et une évaluation précise, qualitative et quantitative de la situation et des besoins des enfants inadaptés mentaux.

L'élaboration de ce travail suivra la démarche méthodologique suivante. D'abord, une recherche bibliographique et documentaire traitant le concept de l'handicap, sur le plan épidémiologique, économique et social. Ensuite un stage pratique au sein de l'association « le défi Seddouk », pour le but d'une enquête par questionnaire auprès des parents des enfants souffrant de cette maladie. L'enquête s'est déroulé entre le mois de mars et avril. En suite, une collecte de données auprès de le ministère de la solidarité nationale de la famille et de la condition de la femme, la direction de l'action sociale de la wilaya de Bejaia (DASS) et le centre psycho-pédagogique d'Ihaddaden.

Notre plan de travail s'articule autour de quatre chapitres :

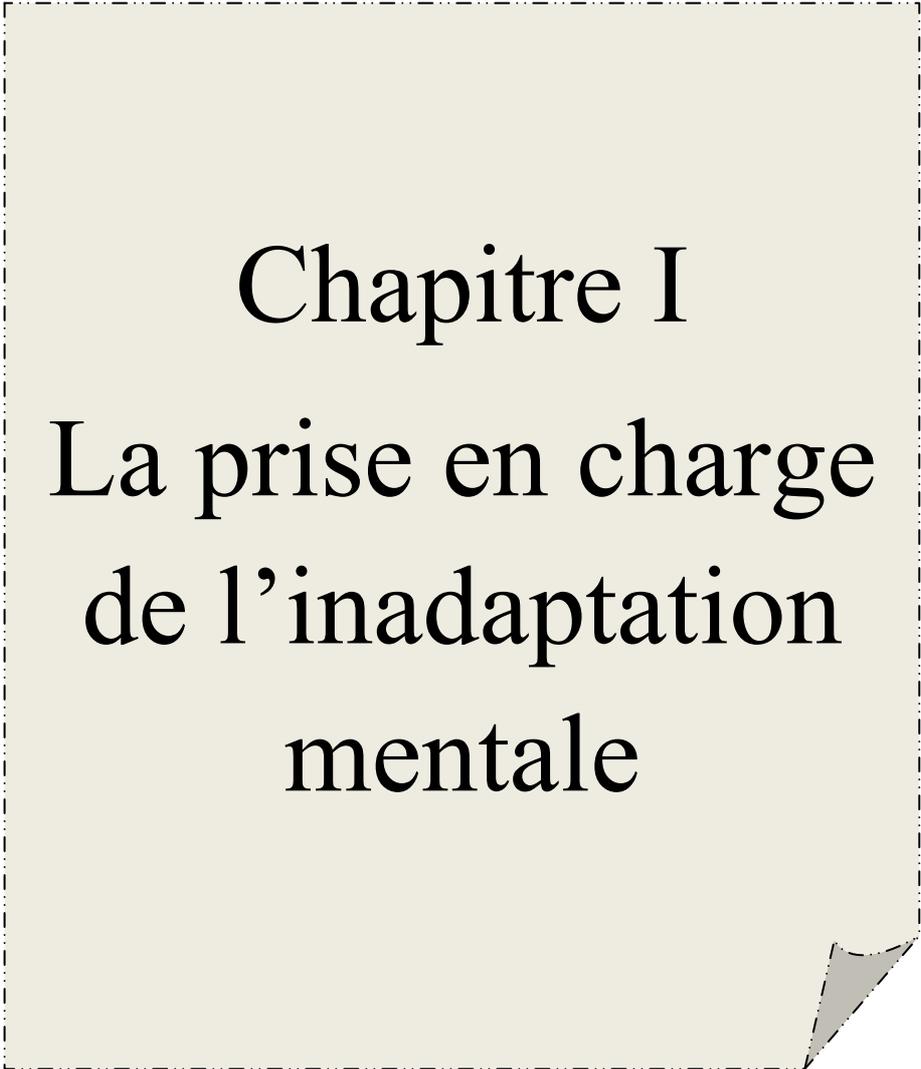
- Le premier chapitre nous l'avons consacré au cadre conceptuel et épidémiologique de l'inadaptation mental et de sa prise en charge.
- Le deuxième vise à donner une vue sur l'évaluation économique dans le domaine de handicap
- Le troisième chapitre sera consacré au traitement statistique de la situation des handicaps en Algérie.

## Introduction générale

---

- Le quatrième chapitre sera consacré à l'étude de cas, consistant en une estimation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux.

Nous terminerons notre étude par une conclusion générale dans laquelle nous mettons en lumière certaines pistes en termes de perspectives d'études liées au sujet.



Chapitre I

La prise en charge  
de l'inadaptation  
mentale

## Introduction

L'enfant avec handicap est d'abord un enfant. Il doit bénéficier dans toute la mesure du possible des conditions qui permettent son développement : maintien des liens affectifs avec son milieu familial, éducation et socialisation visant à son intégration avec son environnement, il a des besoins supplémentaires, qui sont fonction des caractéristiques propres de son handicap<sup>1</sup>.

Selon la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, OMS, 2001)<sup>2</sup>, Le handicap est la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, menant à un stress et à des difficultés morales, intellectuelles, sociales et/ou physiques.

L'évolution des connaissances et du savoir dans le domaine du diagnostic et du dépistage médical ont permis la compréhension et le traitement diversifié proposer dans la prise en charge des enfants handicapés et inadaptés mentaux<sup>3</sup>.

Dans ce chapitre, nous allons présenter dans une première section des notions liées à l'handicap et les coûts engendrés par ce dernier. Dans la seconde, on abordera, les origines, le diagnostic et la prévention d'handicap mental. La troisième section concernera la prise en charge des enfants inadaptés mentaux.

### 1. Concepts et définition liées à l'handicap

La notion de handicap est présente dans le langage courant comme dans les discours politique, scientifiques, juridiques ou administratifs. Elle sert généralement à désigner l'altérité et la différence de certains individus par rapport aux « normaux ».

Elle désigne des personnes atteintes d'une déficience qu'elle soit physique, mentale ou sensorielle. Le handicap reste aujourd'hui encore une notion très subjective, souvent mal utilisé et presque toujours connoté de façon négative.

---

<sup>1</sup> Aussilloux C, Baghdadli A : « L'enfant handicapé : orientation et prise en charge », Masson, 2008, p 163.

<sup>2</sup> (CIF, OMS, 2001), cité dans l'ouvrage de HAMONET Claude : « Les personnes en situation de handicap », 7<sup>ème</sup> édition, puf, 2012 p 67.

<sup>3</sup> ABDESSAMED Nadir : «apport du suivi médical dans la prise en charge des personnes handicapées sensorielles », Mémoire pour obtenir un diplôme de post graduation spécialisé en travail social et pratique professionnelle : sciences sociales et humaines : Université Mentouri, Constantine, 2008, p 04.

## Chapitre I : La prise en charge de l'inadaptation mentale

---

Cette notion est une stigmatisation de la personne, qui est porteuse d'une différence repérée ou interprétée comme une anomalie par la société.

Le handicap d'une personne est difficile à évaluer. Mais, il est essentiel de comprendre que c'est par des interventions sur les conditions d'intégration sociale que l'on minimise les facteurs collectifs d'apparition de handicap et non par des interventions sur la personne. A ce sens, la définition proposée par (Bloch-Lainé, 1967)<sup>4</sup> est : «...on dit qu'ils sont handicapés parce qu'ils subissent par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des 'handicaps', c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normal, celle-ci étant définie comme étant la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans notre société. »

La personne en situation de handicap était autrefois mise à l'écart de la société, en étant institutionnalisée, considérée et traitée de manière à se trouver en situation de dépendance totale.

Selon (l'OMS, 2012),<sup>5</sup> 15,3 % de la population mondiale, soit environ 978 millions de personnes vivaient avec un « handicap modéré ou sévère », et 2,9 % de la population mondiale, soit 185 millions de personnes, souffraient d'un « handicap sévère ». Par ailleurs, la prévalence du handicap est plus importante dans les pays en développement.

D'après (L'UNICEF, 2013)<sup>6</sup>, environ 93 millions d'enfants, ou 1 enfant âgé de 14 ans ou moins sur 20, souffrent d'une forme ou d'une autre de handicap, dont 13 millions présentant un handicap sévère.

En Algérie, (LADDH, 2016)<sup>7</sup>, Près de 2 millions de personnes vivent avec un handicap selon les statistiques de l'ONS, la répartition de cette population par tranche d'âge, montre que 131955 enfants ayant l'âge entre 0 et 5 ans souffrent d'un handicap, les enfants et adolescents handicapés ayant l'âge entre 5 et 19 ans sont au nombre de 319945.

---

<sup>4</sup> Bloch-Lainé, la documentation française, paris, 1967. Dans, LIBERMAN Romain : « handicap et maladie mentale », 8<sup>ème</sup> édition, puf, paris, 2011 p 36.

<sup>5</sup> OMS, rapport mondial sur le handicap, 2012.

<sup>6</sup> Unicef, Résumé rapport : « la situation des enfants dans le monde : les enfants handicapés », 2013

<sup>7</sup> Ligue algérienne de défense des droits de l'Homme (LADDH), <http://droitdelhomme.overblog.com/2016/12/rapport-annuel-sur-l-etat-des-droits-de-l-homme-en-algerie-en-2016.html>, Publié le 10 Décembre 2016, consulté le 16/02/2017.

## 1.1. Quelques définitions

### 1.1.1. La convention internationale des droits de l'enfant de 1989

La convention internationale des droits de l'enfant de 1989, Est le premier traité international mentionnant le handicap, à son article 2, il consacre le principe de non-discrimination envers les enfants handicapés. On trouve également une norme spécialement consacrée à cette problématique à l'art. 23 CIDE :

*« Les Etats parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité »<sup>8</sup>*

### 1.1.2. La Convention relative aux droits des personnes handicapées de 2006

Par personnes handicapées, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres<sup>9</sup>.

### 1.1.3. L'organisation mondiale de la santé (OMS)

Le rapport mondial sur le handicap de 2011 présente le handicap comme une notion « complexe, évolutive, multidimensionnelle et controversée ». En 2015, l'OMS<sup>10</sup> le présente ainsi :

*« Le handicap n'est pas simplement un problème de santé, il s'agit d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit. Pour surmonter les difficultés auxquelles les personnes handicapées sont confrontées, des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux sont nécessaires ».*

## 1.2. Classification internationale du handicap

D'après (L'ABBE Y et al, 2010)<sup>11</sup>, La classification n'est pas un classement, par ordre ou une catégorisation de concepts, mais une étude et une réflexion qui considère le handicap

---

<sup>8</sup> <http://www.humanium.org/fr/enfants-handicapes/texte-convention2006/>

<sup>9</sup> *ibid*

<sup>10</sup> <http://www.who.int/topics/disabilities/fr/>

## Chapitre I : La prise en charge de l'inadaptation mentale

---

comme la conséquence d'une maladie et l'assimiler à sa cause. Le handicap est ainsi décrit par l'atteinte du corps (déficience), mais aussi par les difficultés ou l'incapacité à réaliser des activités de la vie quotidienne. La CIH (classification internationale des handicaps) a été créée en 1980, par l'OMS, et à l'aide du modèle du Docteur Philip Wood qui définit le handicap en 4 points généraux<sup>12</sup>:

- **Une déficience** : est une perte d'une substance à l'altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle représente donc toute perturbation de la structure et des fonctions normales du corps et de l'individu, toute maladie qui en affecte, de façon durable, la croissance, le développement et le fonctionnement.
- **L'incapacité** : est la diminution ou la perte de la possibilité, d'exécuter une activité donnée de la façon ou dans les conditions considérées comme normales pour un être humain. Elle représente donc toute perte ou réduction, résultant d'une déficience, dans les performances fonctionnelles du corps ou de la personne. Elle peut se définir concrètement dans les domaines physique et/ou mental, en utilisant des échelles fonctionnelles de performances.
- **Le désavantage** : est la conséquence directe de la déficience et de l'incapacité. Il représente une limitation à accomplir une fonction ou un rôle en rapport avec l'âge et le sexe.
- **Le handicap** : est caractérisé par des pertes des substances ou d'altération qui peuvent être provisoires ou définitives. Il comprend l'existence ou l'apparition d'anomalies d'insuffisance et de perte d'un membre, d'un organe, ou d'autre structure de l'organisme. Le handicap représente un état pathologique.

En 2001, une révision de la CIH est proposée par l'OMS afin de préciser le rôle des facteurs environnementaux dans la situation de handicap, et d'affirmer que l'invalidation est le résultat d'une interaction entre les possibilités d'un individu et son environnement. La CIH

---

<sup>11</sup> L'ABBE Yvon, LESPINASSE James, LABINE Robert, et al : « Handicaps et retards de développement : prévention et intervention précoce », Montréal : Béliveau, 2010, p 55

<sup>12</sup> MANCIAUX Michel, TERRENOIRE Gwen : « les personnes handicapées mentales : étique et droit », édition, fleurus, paris, 2004, p 37

# Chapitre I : La prise en charge de l'inadaptation mentale

---

laisse ainsi la place à la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé), adoptée par 200 pays. Celle-ci se compose de trois catégories distinctes<sup>13</sup>:

- **La fonction organique** (fonction mentale, sensorielle, digestives...), qui fait référence au domaine de fonctionnement corporel.
- **La structure anatomique** (structure du système nerveux, structure liée au mouvement,...), qui situe l'organisation physique en jeu.
- **L'activité et la participation** (activité de communication, de mobilité,...), qui identifie les fonctionnements concernés.

## 1.3. Typologies médicales du handicap

Un handicap résulte d'une ou plusieurs déficiences dont on peut distinguer quatre (04) catégories<sup>14</sup> :

### 1.3.1. Handicap sensoriel

L'handicap sensoriel regroupe les difficultés liées aux organes sensoriels

#### 1.3.1.1. Déficiences auditives

La déficience auditive correspond à une insuffisance de l'acuité auditive, elle se définit en fonction de sa profondeur, de sa nature et de son étiologie (génétique, prénatale, néonatale, postnatale).

L'hypoacousie est une insuffisance de l'acuité auditive correspondant à la déficience auditive légère et moyenne. L'hypoacousie et la surdité sont des déficiences sensorielles « qui altèrent la qualité et l'intensité de la perception sonore et gênent par conséquent l'individu dans tous les domaines où l'audition joue un rôle et en particulier dans la vie relationnelle », dans son aspect le plus important, la communication verbale, où l'acquisition du langage va être impossible ou difficile.

#### 1.3.1.2. Déficiences visuelles

Il existe de nombreux troubles visuels et de gravité variable. Leur fréquence est très importante.

---

<sup>13</sup>HAMONET Claude, Op. Cit, p 66

<sup>14</sup> GUIDETTI Michèle, TOURETTE Catherine : « Handicaps et développement psychologique de l'enfant », édition Nathan, Paris, 1999

## Chapitre I : La prise en charge de l'inadaptation mentale

---

On distingue les déficiences de l'acuité visuelle (strabisme, cécité complète, amblyopie), les déficiences du champ visuel (cataracte, glaucome, dégénérescences rétiniennes, fibroplastie rétrolentale, rétinoblastome, traumatismes oculaires, inflammation de la rétine, etc.) et les autres déficiences visuelles (myopie, hypermétropie, astigmatisme, strabisme, nystagmus, déficiences de la vision des couleurs, déficience de la vision nocturne, photophobie, etc....).

### **1.3.2. Handicap moteur**

Il se caractérise par une capacité limitée pour un individu de se déplacer, de réaliser des gestes, ou de bouger certains membres, on distingue deux catégories de handicap moteur :

#### **1.3.2.1. Handicap moteur d'origine cérébrale**

Comme leur nom l'indique, les enfants qui souffrent de ce handicap se caractérisent par d'importantes difficultés motrices qui peuvent altérer le maintien, la marche, les gestes de la vie quotidienne ou la parole, dans des proportions variables. Ces troubles sont dus à des paralysies, des faiblesses musculaires ou encore des raideurs musculaires. Ils sont décrits soit en fonction de la nature du trouble dominant (enfant spastique, enfant athétosique ou enfant ataxique), soit en fonction de la localisation de l'atteinte. (Diplégie, hémiplégie ou tétraplégie) Il existe également des troubles associés comme des troubles intellectuels, épilepsie, déficits sensoriels, troubles du langage,... etc.

#### **1.3.2.2. Handicap moteur d'origine non cérébrale**

Ces handicaps sont difficiles à dénombrer et très diversifiés dans leurs causes, ils limitent de manière variable l'autonomie de l'enfant, et s'accompagnent rarement de troubles associés. On distingue les handicaps temporaires (suite à un accident, d'origine non traumatique), définitifs (amputations et paraplégies), évolutifs (dystrophies musculaires progressives, dystrophies musculaires congénitales, myopathies congénitales, myotonies, paralysies périodiques, myosites, myopathies métaboliques, myasthénies, amyotrophies spinales, neuropathies sensitivomotrices héréditaires).

### **1.3.3. Handicap mental**

Est la conséquence d'une déficience intellectuelle. La personne en situation de handicap mental éprouve des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision. Elle ne peut pas être un environnement aménagé et un

accompagnement humain, adaptés à son état et à sa situation. (Cette catégorie d'handicap est détaillé dans la partie deux de ce chapitre).

### 1.3.4. Le polyhandicap

Est un handicap grave à expressions multiples, dans lequel une déficience mentale sévère et une déficience motrice sont associées à la même cause, entraînant une restriction extrême de l'autonomie, et des possibilités de perception, d'expression et de relations. Les personnes polyhandicapées ne peuvent rien faire par elles-mêmes et ont besoin de l'assistance constante d'une tierce personne pour tous les actes de la vie quotidienne. Elles ne marchent pas, ne parlent pas et donc ne communiquent pas.

## 2. Le handicap mental : Origines, diagnostic et prévention

Le handicap mental (*retard mental*, dans le langage courant) est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuelle et du comportement adaptatif, qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales, et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans<sup>15</sup>.

### 2.1. Définition

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans sa classification internationale des maladies (CIM-10, 1992), définit le retard mental comme un « arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales »<sup>16</sup>.

Pour l'Unapei : L'expression « handicap mental » qualifie à la fois une déficience intellectuelle (approche scientifique) et les conséquences qu'elle entraîne au quotidien (approche sociale et sociétale). Le handicap mental se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision, etc. Ces difficultés doivent être compensées par un accompagnement humain, permanent et évolutif, adapté à l'état et à la situation de la personne<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> L'ABBE Yvon, et al op.cit, p 37

<sup>16</sup> OMS, <http://www.who.int/topics/disabilities/fr/>, consulté le 03/12/2016

<sup>17</sup> Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés, « ce qu'est le handicap mental » [www.unapei.org/-ce-qu-est-le-handicap-mental-.html](http://www.unapei.org/-ce-qu-est-le-handicap-mental-.html). Consulté le : 03/02/2017

## 2.2. Classification de l'OMS pour le handicap mental

Elle fait référence, à la classification internationale des maladies, (CIM-10, 1992), qui définit les degrés de retard mental, classés en fonction du quotient intellectuel QI.

D'après (GUESSAIBIA Nadia, 2012)<sup>18</sup> Le quotient intellectuel est le résultat d'un test psychométrique qui, lorsqu'il est corrélé avec les autres éléments d'un examen psychologique, entend fournir une indication quantitative standardisée liée à l'intelligence abstraite. La construction des tests de QI est totalement empirique, le résultat est considéré comme simplement indicatif de difficultés cognitives de l'enfant.

La première version date de 1949. La dernière version, le Wechsler Intelligence Scale for Children (**WISC IV**) date de 2005. Il comprend 4 indices d'évaluation : compréhension verbale, raisonnement perceptif, mémoire de travail et vitesse de traitement. Le résultat est exprimé sous forme d'un score, le quotient intellectuel.

Le QI moyen dans la population générale est, par définition, de 100. On parle de déficience intellectuelle lorsque le QI est inférieur à 70.

Certains auteurs utilisent le terme de Retard Mental, tandis que d'autres préfèrent celui de déficience intellectuelle ou déficience mentale.

La classification de l'OMS (CIM-10, 1992), distingue quatre degrés dans la déficience mentale, évalué par la mesure du QI<sup>19</sup> :

### 2.2.1. Déficience mentale profonde (QI < 20)

- Représente 1 à 2 % de l'ensemble des handicaps mental.
- Graves difficultés dans le développement moteur (tenue assise, marche), dans l'autonomie élémentaire (alimentation, propreté) et dans les capacités de communication non verbale parfois réduite à des expressions mimiques, au regard, au changement de comportement en fonction des personnes et des stimulations reçues.
- Il n'y a pas de communication verbale.
- Ils peuvent progresser très lentement dans les domaines élémentaires grâce à un environnement structuré spécialisé : motricité, communication non verbale, relation affective.

---

<sup>18</sup> GUESSAIBIA Nadia : « Etude génétique du retard mental familial non spécifique », Thèse de Doctorat : Sciences Biologiques : Université Mouloud MAMMERRI, Tizi ousou, 2012, p 16

<sup>19</sup> Ibidem, p 17

### 2.2.2. Déficience mentale sévère (QI : 20 - 34)

- Représente 3 à 4 % de l'ensemble des handicaps mental.
- Les troubles sont manifestes dès les premiers jours avec un retard de l'éveil et une perturbation globale des grandes fonctions.
- Par la suite les acquisitions s'effectuent avec un grand décalage dans les grands domaines de la vie quotidienne : alimentation, propreté sphinctérienne, habillage et toilette, déplacements simples.
- Les difficultés du développement du langage sont majeures. L'acquisition d'un langage simple est possible. Il n'y a pas d'accession au langage écrit, sinon la reconnaissance de certains mots. Dans leur enfance et leur adolescence, ils bénéficient des échanges sociaux ordinaires, mais les acquisitions nécessitent une éducation spéciale.

### 2.2.3. Déficience mentale modérée (QI : 35 - 49)

- Représente 10 % de l'ensemble des handicaps mental.
- Les troubles se manifestent plus précocement, dès la 1ère année, avec un décalage dans le développement moteur (tenue de la tête, position assise et debout, apparition de la marche), relationnel (lenteur dans les interactions) et dans les capacités de communication non verbale et verbale.
- Retard important dans l'apparition des premiers mots. En général, la maîtrise d'un langage verbal simple est acquise mais avec retard, celle du langage écrit est inconstante et ne dépasse pas le niveau du Cours Préparatoire.
- Les apprentissages concrets et la maîtrise des relations sociales, ainsi que l'accès à une autonomie dans les actes de la vie quotidienne sont possibles mais lents, le jugement est déficient, le contrôle émotionnel fragile.

### 2.2.4. Déficience mental légère (QI : 50 - 69)

- Représente 85 % de l'ensemble des handicaps mental.
- Les troubles ne sont pas habituellement manifestés dans les 2 premières années où le développement apparaît satisfaisant à l'exception d'un retard modéré dans la chronologie des grandes acquisitions psychomotrices et surtout langagières.
- L'adaptation à l'école maternelle, au moins jusqu'à 5 ans, est correcte.
- C'est au moment des acquisitions scolaires, entre 5 et 8 ans, que les problèmes apparaissent progressivement : les apprentissages sont possibles mais ralentis pour la richesse du langage verbal, la lecture et l'écriture, le repérage temporo-spatial, les

# Chapitre I : La prise en charge de l'inadaptation mentale

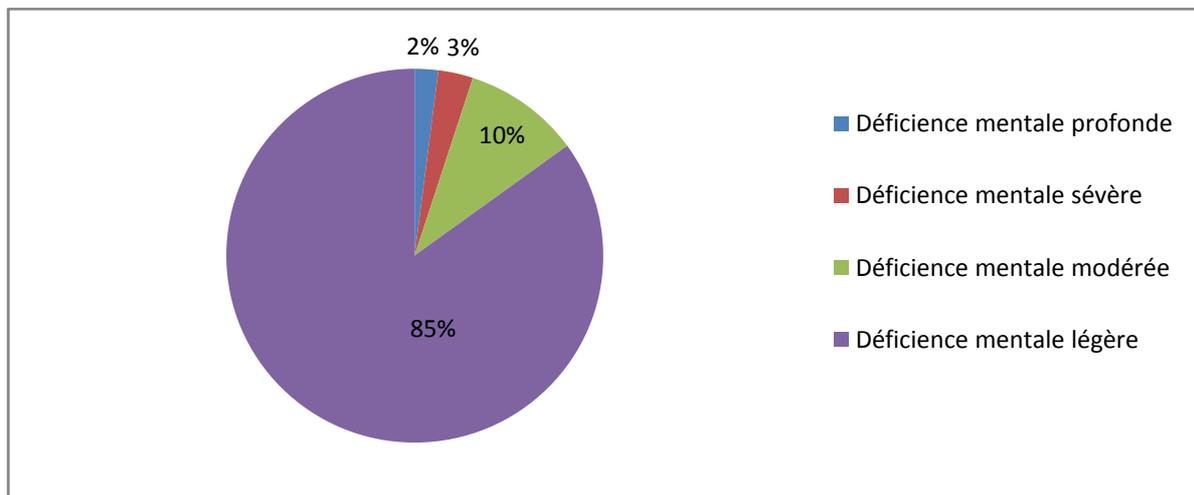
premières données mathématiques. Il existe une suggestibilité, une dépendance d'autrui importante, une "immaturité".

**Tableau N° 01** : niveau de Déficience mental déterminé par le quotient intellectuel

Niveau de Déficience mental	Quotient intellectuel	Pourcentage (%)
Déficience mentale profonde	Inférieure à 20	2
Déficience mentale sévère	20-34	3
Déficience mentale modérée	35-49	10
Déficience mentale légère	50-69	85

Source : établir par nos même à partir de la classification de l'OMS, (CIM-10, 1992).

**Figure N° 01** : La répartition de la déficience mentale selon le degré d'affectation.



Source : Graphique réalisée par nos même à partir du tableau N° 01

## 2.3.La déficience mentale du point de vue médicale

Dans ce point on va présenter quelque éclaircissement sur les origines, le diagnostic, les conséquences, et la prévention de la déficience mental

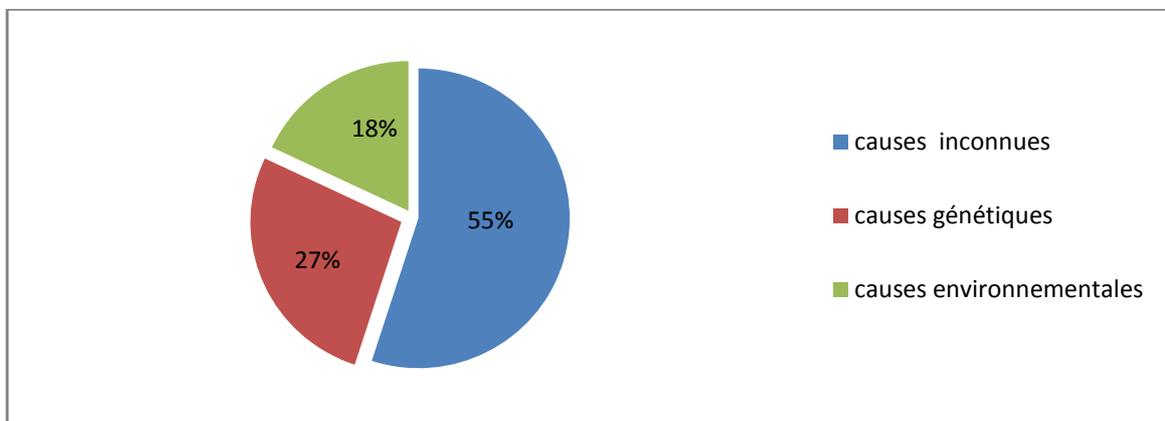
### 2.3.1. Origines de la déficience mentale

Certains préjugés entourent encore l'origine de la déficience mentale, en réalité, les raisons de la survenue d'un handicap sont diverses, et certaines restent inconnues. Les causes possibles ne produisent d'ailleurs pas toutes leurs conséquences au même moment du développement de la personne.

## Chapitre I : La prise en charge de l'inadaptation mentale

D'après (GUESSAIBIA Nadia, 2012)<sup>20</sup>, les origines de la déficience mentale peuvent être diverses. Dans 55 % des cas, elles restent inconnues. Un grand nombre de handicaps mentaux soit 27%, ont une cause génétique. On distingue les anomalies chromosomiques telles que la trisomie 21, dont la récurrence au sein d'une même famille reste faible, des maladies génétiques telles que le X fragile, considérées comme héréditaires. En dehors de causes génétiques, un handicap mental peut être la conséquence d'un ou de plusieurs facteurs environnementales (18%), telles que les maladies infectieuses, les intoxications, la malformation cérébrale ou certains accidents pendant la grossesse ou au moment de la naissance.

**Figure N° 0 2 :** La répartition des causes de la déficience mentale.



**Source :** STEVENSON *et al*, 2003, ROGERS *et al*, 2008.

Schématiquement, la déficience mentale peut se déclarer<sup>21</sup> :

- à la conception (maladies génétiques, aberrations chromosomiques, incompatibilité sanguine...);
- durant la grossesse (radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool, tabac...);
- à la naissance (souffrance cérébrale du nouveau-né, prématurité...);
- après la naissance (maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatismes crâniens, noyades, asphyxies...).

<sup>20</sup>GUESSAIBIA Nadia, Op. Cit, p20, d'après Une étude menée par STEVENSON (2003) et reprise par ROGERS en 2008, sur une population de 10997 individus de Caroline du Sud, âgés de 20 ans et dont 59% étaient des garçons.

<sup>21</sup> Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés, (UNAPEI), [www.unapei.org/html](http://www.unapei.org/html). Consulté le : 03/02/2017.

### 2.3.2. Diagnostic et symptômes

Le diagnostic d'une pathologie handicapante n'est pas toujours établi à la naissance. Aussi, dès l'apparition de signes évoquant un retard de développement d'un enfant, il est primordial de prendre contact avec les acteurs du dépistage qui pourront éventuellement faire un diagnostic, mais surtout envisager une prise en charge<sup>22</sup>.

Une rencontre précoce avec les professionnels du secteur est non seulement importante pour l'épanouissement de l'enfant, mais également pour son entourage qui a généralement besoin d'apaisement mais aussi de trouver des réponses à ses questions.

La découverte d'un handicap peut avoir lieu plusieurs semaines, voire plusieurs mois après la naissance de l'enfant. Il intervient lorsque ses parents ou son entourage, crèche, nourrice, école maternelle ou encore pédiatre, remarquent un certain retard dans son développement.

L'enfant n'évolue pas comme son ou ses frères et sœurs. Il a un comportement qui déstabilise les autres enfants, il n'est pas propre, il ne parle pas, il est coléreux, il ne veut pas s'intégrer, il est amorphe, il ne manifeste aucun intérêt pour le jeu, Les difficultés de langage, de compréhension des ordres simples, d'appréciation de l'environnement et des situations, la lenteur de réaction.

Les signes du handicap peuvent être divers. Quand ces signes persistent et commencent à inquiéter, les parents peuvent se tourner vers les organismes spécialisés, sur conseil de leur médecin.

Dans la majorité des cas, l'origine du handicap peut être identifiée. D'autres fois, des examens médicaux complémentaires sont nécessaires.

Diagnostiquer les difficultés d'un enfant dès son plus jeune âge est souvent important pour son avenir. C'est une condition de progrès, notamment pour les enfants souffrant de troubles du comportement ou de la communication, par exemple ceux qui présentent un syndrome autistique.

Bien sur, le diagnostic n'est pas toujours immédiat. De plus, il n'est pas toujours possible de mettre un nom sur un trouble.

Mais l'identification d'une pathologie peut permettre la mise en œuvre d'actions éducatives et thérapeutiques qui seront autant d'occasions supplémentaires d'observer l'enfant et de préciser la nature de ses troubles. Diagnostiquer les difficultés d'un enfant permet de

---

<sup>22</sup> ibidem .

mettre en place des actions pour l'aider à progresser, pour apaiser ses éventuelles angoisses et celles de son entourage et aussi pour favoriser son épanouissement.

Le diagnostic est donc la première évaluation qui permet aux professionnels de proposer une prise en charge et un accompagnement adaptés.

Pour les familles, un diagnostic précoce permet de mettre des mots sur un symptôme qui peut être repéré depuis un certain temps, parfois mal interprété. Cela leur permet de mieux comprendre l'attitude et les façons de faire de leur enfant.

### 2.3.3. Les conséquences

Les conséquences quotidiennes d'un handicap mental diffèrent pour chaque personne, selon son type de déficience, ses prédispositions, son environnement, son entourage, etc.

Quoi qu'il en soit, un accompagnement humain est souvent indispensable, à des degrés divers, notamment pour aider la personne atteinte à acquérir de l'autonomie ou à communiquer. Chaque personne handicapée mentale est différente et présente des capacités et des difficultés qui lui sont propres, Le handicap s'avère plus ou moins sévère selon les individus.

Concrètement, une personne en situation de handicap mental peut, du fait de sa déficience, avoir notamment des difficultés pour<sup>23</sup> :

- mémoriser les informations orales et sonores ;
- fixer son attention ;
- apprécier l'importance relative des informations à disposition ;
- évaluer l'écoulement du temps ;
- se repérer dans l'espace (difficulté à utiliser les plans ou cartes) ;
- apprécier la valeur de l'argent ;
- mobiliser ou remobiliser son énergie ;
- connaître l'environnement immédiat ou élargi ;
- connaître les conventions tacites qui régissent l'échange d'informations ;
- connaître et comprendre les modes d'utilisation des appareillages, des dispositifs et des automates mis à sa disposition ;
- connaître les règles de communication et de vocabulaire ;
- maîtriser la lecture ou l'écriture, voire les deux.

---

<sup>23</sup> ibidem

### 2.3.4. Prévention

D'après (LABBE Y et al, 2010)<sup>24</sup> Repose essentiellement sur la qualité des interactions précoces et sur l'adéquation des attitudes éducatives tenant compte de l'âge de l'enfant et de ses compétences, on distingue trois niveau de prévention :

- **La prévention primaire** : a pour but d'éviter l'apparition de la déficience mentale. Par exemple, l'ajout d'iode à l'alimentation favorise le développement sain du cerveau. Aussi, l'augmentation d'acide folique dans l'alimentation lors de la grossesse peut aider à prévenir certaines malformations. Les campagnes de publicité contre la consommation d'alcool durant la grossesse pour éviter un trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale en sont aussi un bon exemple.
- **La prévention secondaire** : qui vise à détecter la déficience mentale à un stade précoce, chez l'enfant, et faciliter le traitement. Ainsi cette prévention, consiste en une intervention visant à réduire les effets néfastes de certains facteurs de risque présents, qui pourrait résulter en déficience intellectuelle, comme des programmes de stimulation appropriés pour certains types d'autisme.
- **La prévention tertiaire** : a pour but d'améliorer le fonctionnement ainsi que la qualité de vie des personnes présentant une déficience intellectuelle, pour empêcher l'aggravation de la déficience ou le développement d'autres problématiques, comme la dépression, par exemple. Elle vise aussi à faciliter l'acquisition d'habiletés et de compétences chez ces personnes. Le rôle du psychologue scolaire peut donc s'insérer dans ce troisième type de prévention, par exemple à travers les programmes ou les interventions spécialisées qu'il effectue afin d'améliorer la condition de la personne présentant une déficience intellectuelle.

### 3. La prise en charge des enfants inadaptés mentaux

L'enfant handicapé mental présente un retard plus au moins important dans les apprentissages de l'écriture et de la lecture. Il trouve des difficultés à apprendre et à assimiler facilement le calcul, et d'autre chose, afin de s'intégrer facilement dans la société. Des aménagements pédagogique sont nécessaire pour ces enfants soient autonomes.

Elle a pour but d'amener l'enfant vers l'âge adulte, d'un état de dépendance à un état d'indépendance. En effet, l'expérimentation de divers rôles sociaux que l'enfant va devoir

---

<sup>24</sup> L'ABBE Yvon, LESPINASSE James, LABINE Robert et al, op.cit, p 78

accomplir, serait impossible sans le développement de l'autonomie, le jeune serait incapable de prendre les décisions et d'assumer les responsabilités nécessaires à la consolidation de son identité<sup>25</sup>.

### **3.1. La prise en charge et les besoins spécifiques des enfants inadaptés mentaux :**

D'après (Aussilloux C et Baghdadli A, 2008)<sup>26</sup>, la prise en charge des enfants inadaptés mentaux repose sur quatre éléments :

#### **3.1.1. Maintien des moyens habituels d'éducation**

Le développement de tout enfant passe par l'existence de stimulations adaptées à ses capacités et l'introduction progressive d'exigences et de règles, dans une atmosphère de soutien affectif. L'enfant déficient, à la mesure de ses capacités, doit pouvoir bénéficier de ces attitudes dans les milieux ordinaires : famille, crèche, école maternelle... Le contact avec d'autres enfants du même âge ou plus jeunes est important.

#### **3.1.2. Mise en place d'une éducation spéciale**

Objectifs d'apprentissages et d'autonomie, grâce à des moyens adaptés aux besoins de l'enfant. L'enfant doit rester souple, tenir compte de l'individualité de ce dernier et de ses motivations et être en liaison avec les milieux naturels de l'enfant. Peut se faire par séances dans le milieu familial ou dans un lieu de consultation. Organisée dans des classes de l'éducation nationale ou dans des institutions médico-éducatives. L'externat doit être privilégié, sauf dans des périodes brèves (classe verte, camps de vacances) qui peuvent servir à diminuer la dépendance de l'enfant par rapport à sa famille. A l'adolescence, l'internat de semaine peut être une bonne solution pour favoriser l'autonomisation.

#### **3.1.3. Rééducations**

Elles visent, par des moyens spécifiques, à améliorer une fonction défaillante (motricité, langage), ou à mettre en place des moyens de compensation. Les changements obtenus sur une fonction limitée ont aussi des effets sur l'ensemble de la personnalité. La personne du rééducateur est fortement investie par l'enfant et sa famille. Il est important que l'enfant, quel que soit son âge, aussi important que soit sa déficience, ne soit jamais pris comme un objet à manipuler et qu'il soit pris en compte comme personne active dans sa rééducation.

---

<sup>25</sup> HAMONET Claude, Op. Cit, p 114

<sup>26</sup> C Aussilloux, A Baghdadli, Op. Cit, p 86

### 3.1.4. Soutien psychologique à l'enfant et à sa famille

L'enfant est en situation de vulnérabilité, du fait de ses limitations dans les interactions, accrue lorsqu'il y a prise de conscience progressive des échecs et des exclusions. Dans les retards mentaux légers et moyens, une baisse de l'estime de soi, des sentiments dépressifs, sont souvent rencontrés. Les relations affectives dans les déficiences graves et profondes sont plus difficiles à reconnaître. Cependant, les familles et les équipes éducatives reconnaissent des changements, parfois des régressions, quand il y a une modification négative dans l'environnement ;

Les parents ont une tâche difficile à un double point de vue :

- Ils se sentent impliqués dans ce qui arrive à leur enfant, s'en sentent souvent coupables, et sont fragilisés dans leur fonction parentale.
- Ils se sentent dépassés par les particularités du développement de leur enfant, qu'ils doivent apprendre progressivement à connaître et à présenter aux autres membres de la famille, dans les lieux de socialisation et de scolarisation.

La fratrie doit recevoir une attention particulière : selon leur âge et les circonstances, les frères et sœurs peuvent vivre des sentiments de délaissement, de jalousie par rapport à l'attention portée à celui qui a un handicap, ce qui peut majorer des sentiments de culpabilité. Il existe un risque de prise de responsabilité excessive, aux dépens de leur propre développement.

### 3.2. Les types des structures spécialisées pour les enfants handicapés mentaux

Il existe deux types de structure spécialisée, sanitaires et médico-sociales<sup>27</sup> :

#### 3.2.1. Structures Sanitaires

L'enfant avec handicap doit pouvoir être pris en charge pour la pathologie responsable de ses déficiences, dans des structures hospitalières quand celles-ci sont indispensables pour les soins. La formule la plus légère doit être toujours préférée selon les besoins, pour permettre le maintien des liens de l'enfant avec sa famille et des moments d'intégration sociale et scolaire.

La durée de séjour en structure sanitaire est fixée par le seul état de santé de l'enfant, et la sortie peut se faire vers l'école, avec toutes les formules d'intégration, ou avec une structure médico-sociale.

---

<sup>27</sup> Ibidem p 166

Les formules d'hospitalisation sont diverses :

- Hospitalisation à domicile qui permet le maintien de l'enfant dans son milieu et l'existence de contrat d'intégration avec l'école.
- Hospitalisation de jour, la plus fréquente, surtout pour les handicaps consécutifs à des troubles psychiques. La scolarisation peut être faite à l'intérieur du service hospitalier par un professeur des écoles ou grâce au téléenseignement. Elle peut aussi être réalisée dans une école pour des séquences précises.
- Hospitalisation à temps plein pendant laquelle des activités de scolarisation et de socialisation doivent être proposées à l'enfant.

### **3.2.2. Structures Médico-sociales**

Services ou institutions destinées à l'éducation spéciale des enfants avec handicap. La plupart sont gérés par des associations sans but lucratif et les plus nombreuses ont été créées par des Associations de parents. Leur fonctionnement est assuré par l'Assurance maladie, l'indication du séjour des enfants est médicale et un médecin spécialiste est responsable des soins de l'enfant. Ils sont agréés pour un type de handicap et pour une tranche d'âge.

Les Services de Soins et d'Education Spéciale (SESSAD) assurent les soins, les rééducations et la pédagogie spéciale, l'enfant restant en milieu ordinaire ou dans une classe d'intégration scolaire (CLIS), les instituts médico-éducatifs (IME) comprennent des institutions spécialisées pour enfants déficients auditifs, visuels, psychiques ou avec polyhandicap. Pour les enfants avec des déficiences psychiques, les instituts médico-pédagogiques (IMP) accueillent les enfants avec déficience intellectuelle, les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) les enfants avec d'autres troubles.

Les IME fonctionnent sur le régime de demi-internat ou d'internat. La scolarité est assurée par du personnel enseignant, à l'intérieur de l'établissement, ou par intégration des enfants selon toutes les modalités citées plus haut. La durée de séjour est liée au type de handicap et à son évolution, avec l'éventualité de possibilités de réintégration dans le milieu de l'éducation nationale.

#### **3.2.2.1. Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)**

Constitués d'équipes pluridisciplinaires, leur action consiste à apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents maintenus dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation. Ils peuvent intervenir sur tous les lieux de vie de l'enfant et de l'adolescent.

# Chapitre I : La prise en charge de l'inadaptation mentale

---

Selon leur spécialité et l'âge des enfants suivis, ces services peuvent porter des noms différents :

- **SAFEP** : service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (déficients sensoriels de 0 à 3 ans)
- **SSEFIS** : service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (déficients auditifs après 3 ans)
- **SAAAIS** : service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (déficients visuels)
- **SSAD** : service de soins et d'aide à domicile (enfants polyhandicapés).

Dans les situations de scolarisation collective (CLIS, UPI) les enfants peuvent être suivis par de tels services de soins.

Pour les situations de scolarisation individuelle, le soutien du SESSAD prend des formes variables selon les besoins de l'enfant. Il peut comprendre des actes médicaux spécialisés, des rééducations dans divers domaines : kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, intervention d'un éducateur spécialisé, etc.

Les soins et les rééducations peuvent également être dispensés par d'autres moyens : services ou consultations hospitaliers, secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (hôpitaux de jour, centres de consultations ambulatoires), CMPP (centre médico-psycho-pédagogique).

Dans certains cas, ils peuvent aussi être assurés par des praticiens libéraux.

### **3.2.2.2. Les établissements médico-sociaux**

Au cours de son parcours l'enfant handicapé peut être amené à séjourner, à temps plein ou à temps partiel, dans un établissement médico-social.

Ces établissements médico-sociaux, publics ou privés, se caractérisent par des spécificités qui permettent de répondre aux besoins des enfants et adolescents handicapés.

On distingue :

- Les instituts médico-éducatifs (IME) qui accueillent les enfants et les adolescents atteints de déficiences mentales ;
- Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) qui accueillent les jeunes souffrant de troubles de la conduite et du comportement ;

- Les établissements pour polyhandicapés qui s'adressent aux enfants et adolescents présentant des handicaps complexes, à la fois mentaux et sensoriels et/ou moteurs ;
- Les instituts d'éducation sensorielle (handicaps auditifs et visuels) portent des noms variables ;
- Les établissements pour enfants et adolescents présentant un handicap moteur sont souvent appelés IEM (instituts d'éducation motrice).

### 3.2.2.3. Les aides spécifiques pour la petite enfance

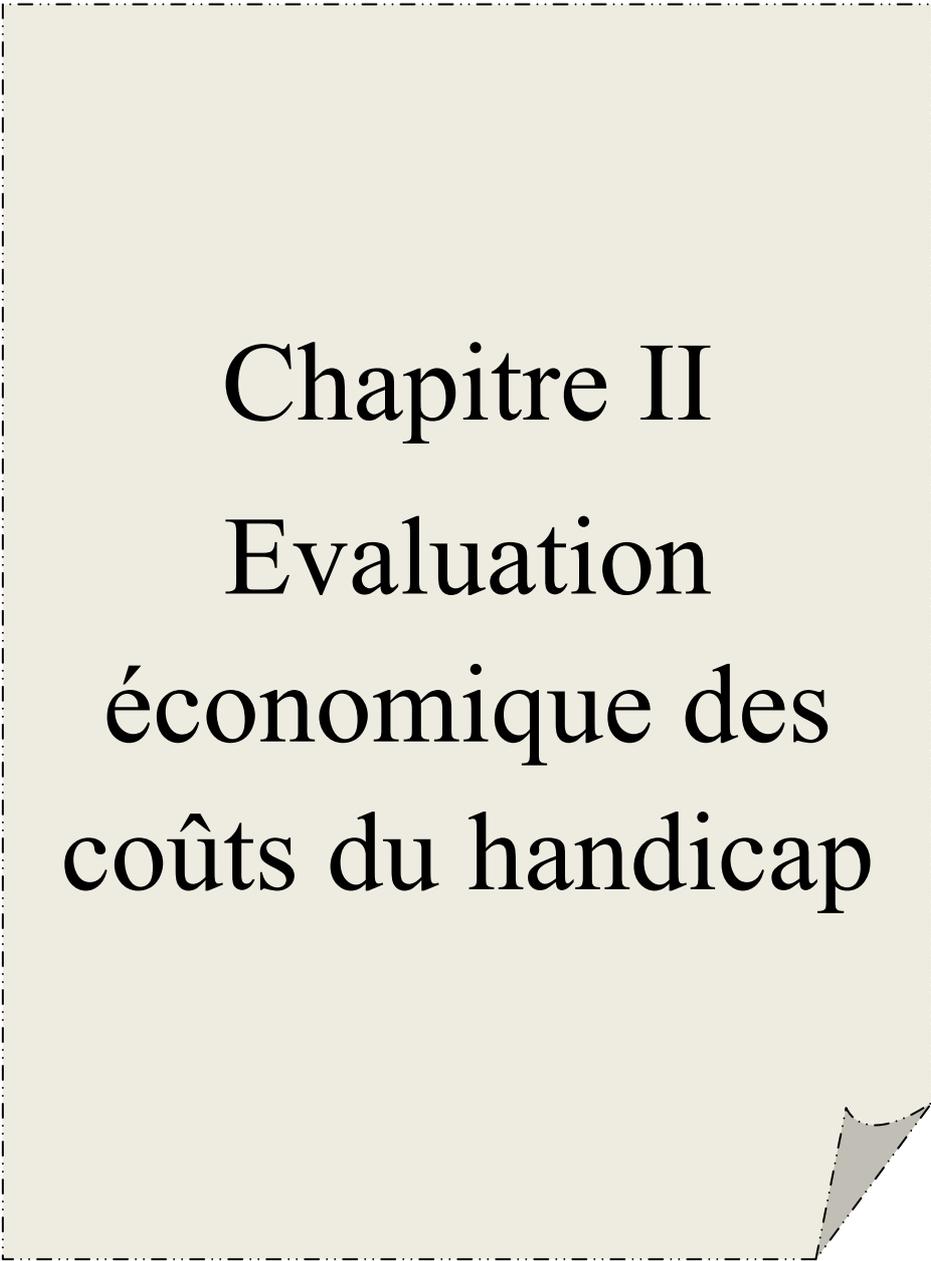
La naissance d'un enfant handicapé représente toujours pour une famille un bouleversement difficile à accepter. Souvent il n'est pas possible, dès les premiers mois, d'établir un diagnostic précis et d'apporter aux parents des réponses satisfaisantes à l'ensemble des questions qu'ils se posent. Il faut concilier cette incertitude avec la nécessité de faire face aux contraintes spécifiques que pose l'arrivée d'un enfant avec des besoins particuliers dans un cadre familial qui n'y était pas préparé. L'inquiétude bien compréhensible des parents et de tous les membres de la famille fait de cette période un moment particulièrement douloureux sur le plan psychologique.

## Conclusion

La détection et la prise en charge précoces de la déficience mentale sont importantes car il faut stimuler l'enfant handicapé très tôt. Le but à atteindre n'est pas de développer les performances intellectuelles qui resteront très faibles. Il faut surtout développer l'autonomie, les capacités "sociales" de l'enfant : automatismes sociaux et psychomoteurs afin de le rendre le plus adaptable possible.

Dans ce chapitre nous avons essayé d'apporter quelque éclaircissement, sur la notion des handicaps, et nous avons tenté de présenter une approche conceptuelle et épidémiologique de cette pathologie qui nous a permis de déterminer les moyennes et les besoins nécessaires (les traitements médicaux, l'éducation spécialisée, le transport,...etc.) dans les programmes de prise en charge.

Afin d'instaurer une meilleure prise en charge, il faut assurer une bonne collaboration entre tous les secteurs tels que la santé, l'action sociale, et les autorités publiques ainsi que l'enfant lui-même et tout son entourage.



Chapitre II  
Evaluation  
économique des  
coûts du handicap

### Introduction

Avec l'augmentation de la demande de soins dans un contexte de resserrement budgétaire, l'évaluation économique des actions de santé devient incontournable si l'on veut maintenir un système de soin de qualité accessible à tous.

L'évaluation économique est pertinente pour comparer les différentes stratégies thérapeutique des maladies, sa mise en œuvre s'avère plus délicate dans le cas des maladies chroniques qui ont des retombés socioéconomique considérable à travers les coûts qu'elles engendrent (directe, indirecte et intangible).

Toute action sanitaire ou sociale, telle que la mise en œuvre d'un programme de prévention ou d'une prise en charge d'un état pathologique ou d'un handicap, a un coût lié à son prix.

Les types d'études économiques et d'évaluation sont très variés et correspondent à une gamme très étendue d'appellations et de méthodes, selon le problème posé et les modalités de mesure des avantages des programmes proposés : coût-efficacité, coût-bénéfice, coût-utilité et l'étude de minimisation des coûts.

Dans ce chapitre, nous abordons en premier lieu l'évaluation économique ainsi son importance et intérêt dans le domaine de la santé. Par la suite, nous présentons l'évaluation des coûts du handicap.

### 1. L'évaluation économique dans le domaine de la santé

Selon (CASTIEL, 2004)<sup>1</sup> le coût est un déterminant crucial d'une évaluation économique en santé, or aucune action de santé ne peut être menée sans conséquences financières, budgétaires et donc sans coût à supporter. En effet, le coût de production est la somme des dépenses effectuées pour se procurer les ressources ou les facteurs de production nécessaires à la production de la santé, au travers de l'action de santé entreprise. On l'appelle aussi le prix de revient.

---

<sup>1</sup> CASTIEL Didier : « le calcul économique en santé : méthodes et analyses critiques », ENSP, 2004, p 73

## Chapitre II : Evaluation économique des coûts du handicap

### 1.1. Définition de l'évaluation économique

Selon (DRUMMOND et al, 1998)<sup>2</sup>, l'évaluation économique est : « *l'analyse comparative d'options possibles, sur la base de leurs coûts comme de leurs conséquences* »

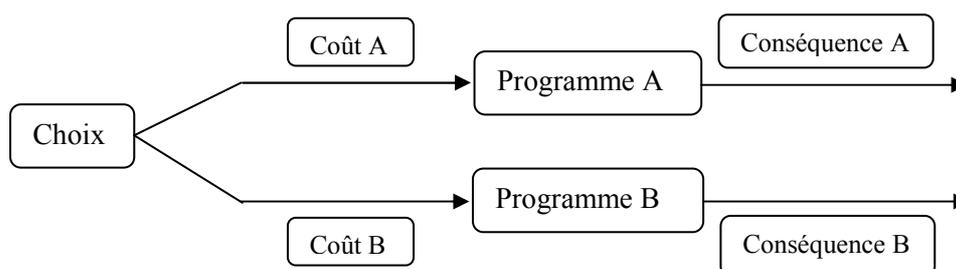
Donc, L'évaluation économique consiste à comparer les bénéfices et les coûts respectifs de différentes interventions, programmes, ou politiques. L'objectif de cette technique est de mesurer l'efficacité, ou l'utilité de l'argent dépensé pour une intervention par rapport à une autre.

Dans une évaluation économique, des techniques analytiques sont appliquées pour identifier, mesurer, apprécier et comparer les coûts et conséquences induits par deux programmes ou interventions de remplacement, ou davantage.

Les décideurs responsables de l'affectation des ressources et de la mise en œuvre des programmes publics, ont besoin de comprendre les liens existant entre les ressources utilisées et les résultats obtenus par ces programmes. L'évaluation économique fait partie des outils analytiques dont disposent les décideurs.

Le schéma ci-dessous résume cette définition:

**Figure N°03:** L'évaluation économique implique toujours une analyse comparative des actions possibles



**Source :** DRUMMOND et al : « Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé », 2ème édition, Economica, Paris, 1998, P 14

L'évaluation économique fournit des critères permettant de faire un choix parmi plusieurs stratégies.

<sup>2</sup> DRUMMOND MF, O'BRIEN BJ, STODDART GL, TORRANCE GW : « Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé », 2ème édition, Economica, Paris, 1998, P 13.

### 1.2. L'évaluation économique en santé

Selon, (l'OMS, 2003)<sup>3</sup>, l'économie de la santé est l'application des théories et des techniques économiques au secteur de la santé. La santé n'est pas en elle-même quelque chose qui peut être acheté ou vendu, dans certaines situations, aucune somme d'argent dépensée en traitements ne peut ramener la vie ou la santé. Ce sont les soins de santé qui sont des biens marchandables.

Donc en pratique, l'économie de la santé est l'application de théories et techniques économiques pour pourvoir aux besoins en soins de santé (préventifs ou curatifs).

Dans le domaine de la santé, l'évaluation économique sert à analyser la façon dont des ressources ont été affectées et dont elles peuvent engendrer un maximum de résultats en matière de santé avec une quantité fixe de ressources.

Appliquée aux programmes de santé, l'évaluation économique porte sur :

- La quantité de ressources utilisées par un programme ou une intervention ;
- Le niveau correspondant de résultats de santé pouvant être attribués au programme ou à l'intervention.

L'évaluation économique s'efforce :

- D'analyser simultanément les intrants (ressources) et les changements des résultats de santé ;
- D'aider les décideurs à déterminer si un certain niveau de résultat vaut l'importance des ressources consacrées pour le produire (étant donné que les ressources sont limitées et pourraient donc être utilisées à d'autres fins).

Bien que L'économiste, tente de résoudre et d'obtenir le plus de santé possible avec un budget donné, le monde des soignants reste très réservé, voir même inquiet face à cette discipline, car pour eux il n'est pas éthique d'introduire des critères de nature financière dans un domaine aussi essentiel que celui de la santé. Ils ne peuvent refuser des soins à leurs patients pour des raisons économiques ; ils ne prennent en considération que le bien-être de ces derniers indépendamment des coûts pouvant être générés.

---

<sup>3</sup> OMS, « Economie de la santé : Principes d'évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales », Genève, Juillet 2003, p 5.

### 1.3. Les forces et faiblesses de l'évaluation économique

Dans un monde voué au rationnement des ressources, l'évaluation économique est un outil important, qui<sup>4</sup> :

- peut apporter une transparence aux coûts et bénéfices des systèmes du secteur public, parfois difficiles à séparer et à analyser ;
- proportionne les bénéfices tirés d'une intervention en analysant simultanément les coûts. A la lumière des coûts, les bénéfices peuvent paraître moindres qu'à première vue ;
- aide beaucoup les décideurs politiques et les directeurs de programmes pour comparer entre elles plusieurs lignes d'action alternatives, de façon objective ;
- peut aider les décideurs politiques et les directeurs de programmes à remettre en question la sagesse d'étendre un programme; malgré le succès du programme existant, les coûts marginaux peuvent être élevés ;
- peut aider à promouvoir des interventions sous-estimées jusqu'à présent mais qui en fait représentent un bon placement.

Néanmoins, l'évaluation économique a des limites importantes<sup>5</sup>:

- **Manque d'attention à l'équité:** L'évaluation économique examine l'efficacité des interventions et comparées entre elles. et ne prend donc pas en compte celui de l'équité, c'est-à-dire elle pourrait négliger la réalisation d'un programme si ce dernier enregistre des coûts très élevés malgré sa nécessité ;
- L'évaluation économique est considérée comme étant un **investissement coûteux**, car elle nécessite un certain nombre de moyens humains et matériels, et engendre de ce fait des coûts. Il faudrait donc envisager de commencer par évaluer l'évaluation elle-même, et cela en comparant les coûts nécessaires pour sa réalisation avec ceux du résultat attendu ;
- Les techniques d'évaluation économique supposent que les ressources libérées par les programmes choisis ne soient pas gaspillées mais utilisées dans d'autres programmes intéressants ;

---

<sup>4</sup> Ibid, p 35

<sup>5</sup> Ibid, p 36.

- **Dangers de généralisation** Les évaluations impliquent parfois une référence très détaillée à une intervention, ses contextes et temporalité. Ceci signifie qu'il est dangereux de généraliser à partir d'une intervention particulière.

### 2. Les différents types des coûts et les méthodes d'évaluations économiques en santé

Dans cette partie, nous allons présenter d'abord les différents types des coûts en économie de santé qui sont au nombre de trois, puis les méthodes d'évaluation en économie de la santé.

#### 2.1. Typologie des coûts

Les coûts considérés sont des coûts d'opportunité, qui représentent l'ensemble des ressources consommées par un programme médical et qui, du fait de leur immobilisation, ne sont plus disponibles pour une autre utilisation. Autrement dit, le coût d'opportunité d'une ressource correspond à ce qu'elle rapporterait dans l'utilisation la plus rémunératrice parmi toutes les stratégies réalisables.

Lorsque l'on évalue le coût d'une pathologie ou les aspects de coûts liés à une action de santé, plusieurs types de coûts sont habituellement distingués.

L'analyse économique distingue trois principaux types de coûts : coûts directs, coûts indirects et coûts intangibles<sup>6</sup> :

##### 2.1.1. Coûts directs

L'ensemble des ressources consommées et des dépenses directement attribuables au programme. Mise en place et fonctionnement (investissement en bâtiments et en équipements médicaux, honoraires, salaires, médicaments). On peut distinguer d'une part des coûts variables, qui sont fonction du volume des services médicaux rendus (ex : matériel à usage unique et médicaments) et d'autre part des coûts fixes qui ne varient pas en fonction de ce volume, du moins à court terme (ex : cuisine, blanchisserie).

Par ailleurs, on inclut dans les coûts directs les dépenses médicales et non médicales couvertes par le patient lui-même ou par les membres de sa famille qui l'accompagnent à

---

<sup>6</sup> LAUNOIS Robert : « un coût, des coûts, quels coûts ? », journal d'économie médicale, N° 1, 1999, p 2.

## Chapitre II : Evaluation économique des coûts du handicap

---

l'hôpital ou qui, le cas échéant, le prennent en charge à domicile. Paiement du ticket modérateur, frais de transport, de logement, de nourriture, équipement médical à domicile etc. font partie de cette catégorie de coûts.

En d'autres termes, les coûts directs représentent la valeur de l'ensemble des ressources consommées directement pour traiter la maladie ou pour produire l'action de santé évaluée. Ils sont regroupés en deux sous rubriques : les coûts directs médicaux et les coûts directs non médicaux<sup>7</sup>.

### **2.1.1.1. Les coûts directs médicaux**

Les coûts directs médicaux recouvrent l'ensemble des charges financières qui découlent directement de l'action thérapeutique, tels que la consommation médicamenteuse, l'utilisation de ressources médicales (hospitalisation, consultation et visites de médecins, examens de laboratoires, coûts du traitement des effets secondaire,...etc.<sup>8</sup>

### **2.1.1.2. Les coûts directs non médicaux**

Les coûts non médicaux directs incluent toutes les ressources non médicales utilisées pour soigner les patients, dont les soins à domicile non médicaux payés (par exemple, soins personnels ou aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne), soin non professionnels prodigués par la famille et les amis, aménagements apportés au logement ou à la voiture, aide à la mobilité (par exemple, fauteuil roulant, planche à roulettes) et service de transport<sup>9</sup>.

### **2.1.2. Coûts indirects : la productivité perdue**

Ces coûts désignent la perte de production liée au temps de travail perdu par le patient ou son entourage à cause de la maladie ou de la participation à un programme médical (ex : temps pris sur le travail pour se faire vacciner), le coût d'opportunité du temps nécessaire aux patients pour se faire soigner, et les coûts sociaux correspondant à une modification dans l'utilisation des ressources économiques au-delà du champ des conséquences strictement médicales du programme étudié (ex : aménagement des horaires et des conditions de travail d'une femme enceinte dans le cadre d'un programme de lutte contre la prématurité nécessite un surcroît d'investissement en matériel et en personnel).

---

<sup>7</sup> Levy P : « L'évaluation économique des maladies chroniques », LEGOS, Paris, 2007.

<sup>8</sup> Lexique en économie de la santé, <http://lexeco.free.fr>.

<sup>9</sup> Michael Trisolini M, et al : « Coût économique global de la sclérose en plaques », RTI international. Research Triangle Park, NC 27709, USAP.

## Chapitre II : Evaluation économique des coûts du handicap

---

### 2.1.3. Coûts intangibles : coûts humains et psychologiques

Les coûts intangibles mesurent la réduction de bien-être du patient ou de l'entourage causée par la peine, la souffrance ou l'impact affectif de la maladie ou du traitement. Ils sont liés aussi au stress, à la douleur,...etc. Leur prise en compte est souvent essentielle en évaluation médicale. Malheureusement, ils ne sont quasiment jamais pris en compte dans les évaluations économiques, leur valorisation pouvant poser des problèmes méthodologiques<sup>10</sup>.

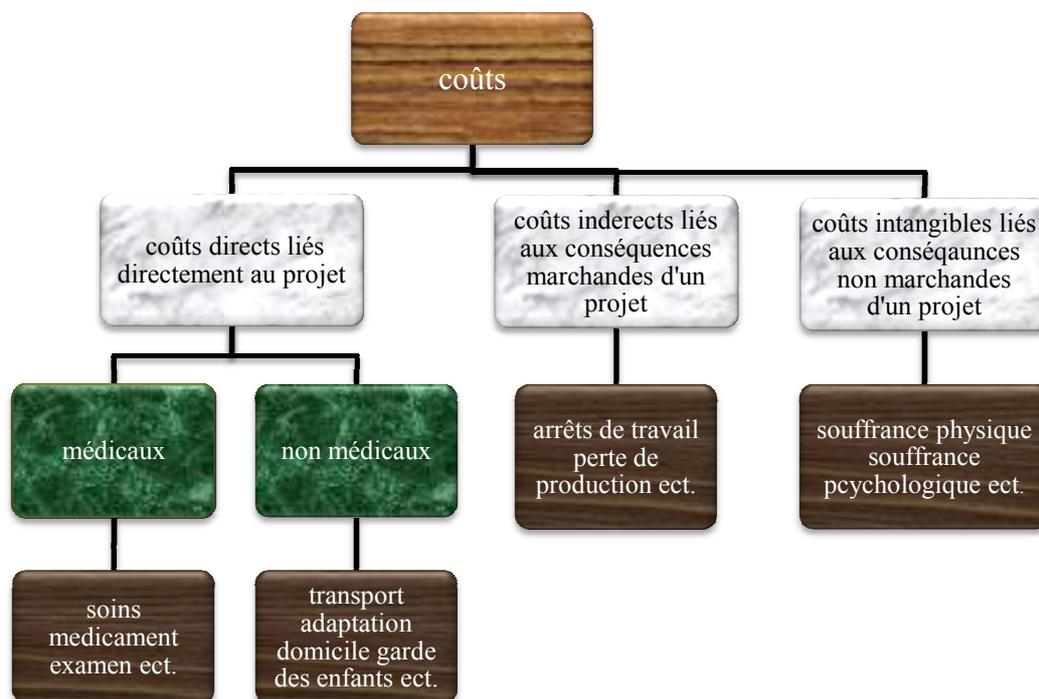
La difficulté principale réside dans l'estimation quantitative, voire la valorisation monétaire de coûts qui sont essentiellement de nature qualitative et subjective. C'est pourquoi ils pourront être considérés, selon la perspective et le type d'analyse retenus, tantôt comme des coûts à part entière, tantôt comme des conséquences du programme étudié.

Les conséquences, quant à elles, peuvent être médicales, directes ou indirectes, et non médicales. Ainsi définis, les objets de l'analyse économique des programmes de santé couvrent un champ potentiellement vaste. Ceci permet généralement de placer les choix qu'il s'agit d'éclairer dans une perspective globale de société qui ne se limite pas aux seuls coûts et conséquences médicaux directs.

---

<sup>10</sup> LEVY E, POUVOURVILLE G : « guide méthodologique pour l'évaluation économique des stratégies de santé », collège des économistes de la santé, Paris, 2003, p 28.

Figure N°04 : Classification des coûts



Source : Réalisé par nos même à partir de la classification ci-dessus.

### 2.2. Quels coûts prendre en compte?

La nature des coûts à prendre en compte dépend du point de vue d'où l'on se place et de la nature de l'évaluation effectuée. Pour les évaluations de type coût-efficacité ou coût-utilité qui seront présentées plus loin, l'opinion générale prévaut que l'on s'intéresse uniquement aux coûts directs. Dans un secteur où les aspects économiques sont occultés et où il existe de nombreux prix administrés, la reconstitution des coûts se heurte à de nombreux problèmes méthodologiques<sup>11</sup>.

Les coûts à prendre en considération doivent répondre aux attentes de l'étude que l'on veut effectuer, c'est pourquoi il est important de ne pas négliger certains paramètres. Parmi les plus importants, on peut citer<sup>12</sup> :

- Le cadrage des coûts à prendre en compte dans toute évaluation économique doit correspondre aux préoccupations budgétaires de l'interlocuteur que l'on veut engager dans un projet de santé.

<sup>11</sup> Actualité et dossier en santé publique n° 17 décembre 1996

<sup>12</sup> IDRES T: « L'évaluation économique des coûts du cancer : Essai d'estimation du coût des soins du cancer du sein à un stade métastatique au CPMC », mémoire d'obtention du diplôme de Master en science économiques option : Economie de la santé, Université de Bejaia, 2013, P 12

- La nature des coûts à prendre en compte dépend du point de vue d'où l'on se place (les établissements de santé, l'État, l'assurance maladie ou les ménages) et de la nature de l'évaluation effectuée.
- Il est inutile de consacrer trop de temps et d'effort à des coûts faibles qui ne sont pas ou peu susceptibles de faire apparaître une quelconque différence.

### **2.3. Types d'analyse de l'évaluation économique en santé**

Il existe quatre méthodes de l'évaluation économique en santé, qui sont : l'analyse de minimisation des coûts (AMC), l'analyse coût efficacité (ACE), l'analyse coût utilité (ACU) et enfin, l'analyse coût bénéfice (ACB). Dans ce qui suit, nous vous détaillerons chacune de ces méthodes.

#### **2.3.1. L'analyse de minimisation des coûts (AMC)**

Elle correspond au niveau le moins ambitieux de l'analyse économique. Elle vise à répondre à la question suivante : quel est le moyen utilisant le moins de ressources pour fournir un service donné défini par des spécifications précises ? Il s'agit donc de déterminer l'efficacité économique d'une action de santé et non simplement son efficacité technique, même si l'étude reste circonscrite à l'aspect de production de bien ou de service. Il est possible de s'intéresser uniquement aux coûts des programmes et de leurs conséquences, permettant d'établir un choix en fonction du critère de coût<sup>13</sup>.

Ce type d'étude de minimisation de coûts est appliqué pour comparer deux actions dont les résultats médicaux sont identiques. Cette étude ne peut donc être mise en œuvre que lorsqu'un autre type d'étude s'est préalablement assuré de l'équivalence sur le plan de l'efficacité entre les deux actions que l'on cherche à comparer. Si les actions médicales à comparer ont des résultats différents. Il faut utiliser une autre méthode.

#### **2.3.2. Analyses coût-efficacité (ACE)**

L'ACE sert à comparer les coûts de stratégies d'intervention de remplacement qui engendrent un résultat commun en matière de santé. De tels résultats sont souvent exprimés en unités de santé physique ou naturelle, et ils peuvent inclure des résultats finaux, par exemple le nombre d'années de vie gagnées, le nombre de cas détectés ou encore d'un critère clinique (tension artérielle, taux de cholestérol...).

---

<sup>13</sup> Lexique en économie de la santé, <http://lexeco.free.fr>.

## Chapitre II : Evaluation économique des coûts du handicap

---

Dans une analyse coût-efficacité, le chercheur calcule un rapport coût-efficacité différentiel pour chaque intervention qu'il analyse, puis il compare les différents rapports obtenus.

Les études coût-efficacité sont utilisées quand on cherche à déterminer la stratégie qui dégagera une efficacité maximale pour un coût donné ou inversement, lorsque l'on cherche à atteindre un objectif médical donné, au moindre coût. L'efficacité est mesurée par un indicateur de résultat clinique ou un indicateur objectif d'état de santé. Elles permettent également d'apporter une information au décideur sur le supplément d'efficacité obtenu au travers d'un supplément de coût.

En termes médicaux, la prise de décision est évaluée en modélisant d'une part l'histoire naturelle de la pathologie, d'autre part les inflexions que lui apportent des stratégies médicales alternatives. Une conséquence de cette complémentarité est que l'on ne peut séparer l'analyse des coûts de celle de l'efficacité médicale<sup>14</sup>.

Par conséquent, l'ACE est une forme d'évaluation économique où les coûts d'une action médicale sont exprimées en monnaie et les conséquences sont exprimées en unités physiques (année de vie gagnées, nombre de maladies évitées,...etc.)<sup>15</sup>.

### 1.1.1. Analyse coûts-utilité (ACU)

En économie, le terme utilité signifie le bénéfice qu'une personne reçoit d'un bien ou d'un service, Les économistes utilisent ce terme pour désigner la valeur attribuée à un certain état de santé.

L'ACU relie les coûts d'une action médicale à ces conséquences exprimées en variables qualitatives et quantitative<sup>16</sup>. Elle est considérée comme une variante de l'analyse coût-efficacité. En effet, dans l'analyse coût-efficacité, le coût différentiel d'un programme est comparé aux effets différentiels mesurés en unités physique tandis que dans l'analyse coût-utilité, ils sont comparés à l'amélioration différentielle de la santé mesurée par des années de vie pondérées par la qualité (QALYs) ou par les années de vie en bonne santé (HYEs)<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> Chauvin P., Josselin J-M., Grolier J., Heresbach D, « bases théoriques des études coût-efficacité en médecine » Springer-Verlag, France 2010.

<sup>15</sup> Beresniak A., Duru G, « Economie de la santé : connaissances et pratiques », éd. Masson, 5<sup>ème</sup> édition, Paris, 2001, p 134

<sup>16</sup> Ibid., p 133.

<sup>17</sup> DRUMMOND MF., O'BRIEN BJ., STODDART GL., TORRANCE GW : Op. Cit., p 145

## Chapitre II : Evaluation économique des coûts du handicap

---

- QALY's (Quality Adjusted Life Years), pour calculer les QALY's, on pondère les années de vie gagnées par un facteur de qualité de vie liée à la santé compris entre 0 (la mort) et 1 (le meilleur état de santé possible).
- Hyes (Healthy years equivalent) que l'on définit comme le nombre d'équivalentes années en bonne santé correspondant à un certain nombre d'années passées dans un état de santé donné.

### 2.3.3. Analyse cout-bénéfice (ACB)

L'ACB est destinée à relier les coûts d'une action médicale à ses conséquences exprimées en unités monétaire. Elle compare les flux futurs actualisés de bénéfices différentiels et de coût différentiels du programme, la différence entre ces deux flux étant le bénéfice social net. En d'autre termes, le but de l'analyse est de savoir si les bénéfices du programme excèdent ses coûts, un bénéfice social net positif indiquant que le programme vaut la peine d'être réalisé<sup>18</sup>.

Ainsi L'ACB, est définie comme étant une méthode d'évaluation économique qui compare les interventions entre elles en fonction des coûts associés et d'une mesure d'efficacité globale. Cette mesure d'efficacité cherche à englober tous les bénéfices (ou désavantages) associés à une intervention tels que perçu par l'ensemble de la société et est rapportée en unité monétaire<sup>19</sup>.

Dans L'ACB tout est monétarisé, pour évaluer les résultats de santé en terme monétaires il existe trois approches : l'approche par le capital humain, les préférences révélées et la disposition à payer.

#### ➤ L'approche par le capital humain

Cette approche consiste à estimer la perte nette de revenu associée à une mortalité précoce. La santé est donc considérée comme un capital, le capital santé est une " réserve " de temps en bonne santé qui peut être employé à différentes fins. Il diminue avec le temps mais il peut être maintenu par des investissements de la part du système de santé (par exemple : les traitements), par un temps personnel consacré aux comportements positifs vis-à-vis de la santé, par l'investissement dans l'éducation, etc.

---

<sup>18</sup> Ibid. p 220

<sup>19</sup> GUERTIN J-R, « recherche économique en santé cardiovasculaire », mémoire d'obtention de grade maitre en science, Université de Montréal, 2010, p 18.

## Chapitre II : Evaluation économique des coûts du handicap

---

Cette méthode ne peut quantifier le temps perdu lorsque celui-ci n'est pas rémunéré, comme dans le cas des congés, ou lorsque la population qui bénéficiera de l'intervention ne serait pas rémunérée, chez les retraités par exemple.<sup>20</sup>

### ➤ La méthode des préférences révélées :

Les études de préférences révélées se basent sur l'arbitrage entre le revenu et le risque de santé. Leur objectif est de déterminer la valeur attribuée par les individus à leur santé. Ces études sont comptabilisées avec l'économie de bien-être puisqu'elles se réfèrent aux préférences individuelles<sup>21</sup>.

### ➤ L'évaluation contingente :

Aussi connu sous le nom de la disposition à payer (DAP). Cette méthode consiste à obtenir la valeur monétaire maximale qu'un individu serait prêt à sacrifier de son revenu pour bénéficier d'un changement d'exposition au risque (social, sanitaire...) qui affectera la perte de la vie ou, symétriquement, la valeur des compensations monétaires (la disposition à accepter) qu'exigeraient les individus pour accepter une détérioration de leur santé

### **3. Approche économique du dépistage et l'évaluation des coûts de la prise en charge du handicap**

Tous les pays, quel que soit leur niveau de développement, sont contraints d'effectuer des choix, non seulement entre les différents secteurs de l'économie Mais également, à l'intérieur de chaque secteur, entre les différentes branches de production et/ou d'activité. Les types d'études économiques et d'évaluation sont très variés et correspondent à une gamme très étendue d'appellations et de méthodes, selon le problème posé et les modalités de mesure des avantages des programmes proposés : coût-efficacité, coût bénéfice, coût-utilité... Il s'agit, en fait, de la transposition des outils du calcul économique induits par la spécificité de l'économie publique à laquelle appartient le secteur de la santé<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> Ibid. P 19

<sup>21</sup> MOURI M-O : « Essai d'évaluation économique des médicaments restructurés au traitement de l'hypertension artérielle, cas de CHU de Sétif et de la médecine ambulatoire de Bejaia », mémoire de magister : sciences économiques : Université A.Mira, Bejaia 2009.

<sup>22</sup> Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), Évaluation clinique et économique : dépistage néonatal de la surdité permanente par les otoémissions acoustiques, Paris, juin 1999.

### 3.1. L'importance de l'évaluation économique dans le domaine de prise en charge des handicapés

Toute action sanitaire, telle que la mise en œuvre d'un programme de prévention ou la prise en charge d'un état pathologique ou d'un handicap, a un coût lié à son prix, que celui-ci soit marchand ou administré. Bien souvent, si l'action n'est pas décidée, une étude dite économique vise à décrire les moyens nécessaires à la réalisation d'une action et peut aboutir à une information telle que, par exemple, le coût total d'un programme de dépistage ou le coût par cas dépisté. Cette approche renseigne sur les coûts directs induits par la mobilisation de ressources spécifiques pour la réalisation du dépistage<sup>23</sup>.

Plus élaborée, l'évaluation économique d'une action thérapeutique ou de prévention des handicaps, qu'il s'agisse de dépistage ou de prise en charge, relie la mesure des coûts à des résultats médicaux obtenus ou prévisibles. Elle se distingue en cela d'autres travaux se limitant au coût ponctuel d'une procédure préventive ou thérapeutique. Ainsi, l'évaluation économique met en regard des indicateurs de résultats, comme le nombre de handicaps évités par l'action et le montant de ressources qui doit être alloué pour obtenir ce résultat.

Réalisée de façon prospective, c'est-à-dire avant sa mise en place concrète dans une population, l'évaluation économique d'une action de prévention ne peut être conduite qu'après que les études cliniques et épidémiologiques ont démontré son bénéfice potentiel.

En effet, l'évaluation économique a pour but de fournir des éléments d'appréciation quantitatifs de l'intérêt de la prévention pour les individus et la collectivité. Elle vise donc, dans la majorité des cas, à éclairer des décisions de planification ou d'intervention des agents économiques tels que les organismes d'assurance ou les pouvoirs publics, à l'échelon national ou local.

Mais l'évaluation économique peut également accompagner l'action ou chercher à vérifier, a posteriori, que les résultats escomptés, compte tenu des moyens mis en œuvre, sont de même nature et amplitude que ce qui était espéré au moment de la prise de décision. Par ailleurs, l'absence de prévention et de dépistage précoce (par exemple de la surdité) ou la non-prise en charge précoce des handicaps d'origine périnatale, peuvent générer des conséquences économiques importantes du fait des difficultés que rencontreront les enfants puis les adultes handicapés dans leur vie quotidienne, qu'il s'agisse de l'éducation, de l'emploi ou des loisirs :

---

<sup>23</sup>L'institut national de la santé et de la recherche médical, (INSERM), « Déficiences et handicaps d'origine périnatale : Dépistage et prise en charge », 2004, p 219.

## Chapitre II : Evaluation économique des coûts du handicap

---

difficultés d'apprentissage et de scolarisation des enfants, réduction d'activité des familles, pertes de salaire, de production dues à la perte ou au non-emploi, coûts d'institutionnalisation, anxiété des proches...etc.

Les outils de l'évaluation économique peuvent donc être mobilisés pour aider à la prise de décision concernant le choix des stratégies de dépistage et de prise en charge des handicaps d'origine périnatale qui, par leur prévalence et leur incidence, constituent un enjeu de santé publique important.

### 1.2. Coûts du handicap

D'après (l'OMS et la BM, 2012)<sup>24</sup> Le coût économique et social du handicap est considérable, mais difficile à quantifier. Il comprend les coûts directs et indirects, dont certains sont supportés par les personnes handicapées, leurs familles et amis, leurs employeurs, et d'autres par la société. La plupart de ces coûts découlent de l'inaccessibilité de l'environnement, et pourraient donc être réduits si l'environnement était plus inclusif et favorable aux personnes handicapées. Il importe de connaître les coûts du handicap, non seulement pour réclamer des investissements, mais également pour l'élaboration de programmes publics.

Les estimations complètes du coût du handicap sont rares et fragmentées, même dans les pays développés, notamment pour les raisons suivantes :

- Les définitions du handicap varient souvent entre les disciplines, en fonction des divers instruments utilisés pour recueillir les données et de différents programmes publics ciblant le handicap, ce qui rend difficile la comparaison des données issues de sources diverses, et, à plus forte raison, la compilation des estimations nationales.
- Les données concernant les différentes composantes du coût sont limitées. Pour une estimation fiable de l'écart de productivité, il faut par exemple des données sur la participation au marché du travail et sur la productivité des personnes handicapées selon le sexe, l'âge et le niveau d'étude.
- Il n'existe pas de méthode communément admise pour l'estimation du coût du handicap.

Il est nécessaire d'améliorer les aspects techniques des estimations du coût du handicap et d'obtenir de meilleures données afin de parvenir à des estimations nationales fiables, notamment sur : le coût lié à l'écart de productivité dû au handicap ; le manque à gagner en

---

<sup>24</sup> OMS & BM, « rapport mondial sur le handicap », 2012 p 48.

## Chapitre II : Evaluation économique des coûts du handicap

---

termes de contributions fiscales dû au non-emploi ou à l'emploi réduit des personnes handicapées ; le coût des programmes de santé, de protection sociale ou relatifs au marché du travail ; le coût des aménagements raisonnables. On dispose de meilleures données sur les dépenses publiques pour les allocations versées aux personnes handicapées, à caractère contributif (prestations de sécurité sociale) ou non contributif (prestations de l'aide sociale), surtout dans les pays développés, bien que, même pour ces programmes, on manque de données consolidées à l'échelle nationale.

### **1.2.1. Coûts directs du handicap**

Les coûts directs sont regroupés en deux catégories : les coûts supplémentaires supportés par les personnes handicapées et leur famille pour atteindre un niveau de vie raisonnable, et les allocations versées par l'État aux personnes handicapées, en espèces ou en nature, dans le cadre de programmes publics divers.

#### **1.2.1.1. Coûts supplémentaires engendrés par le handicap**

Les personnes handicapées et leur famille doivent souvent supporter des coûts supplémentaires pour parvenir à un niveau de vie équivalant à celui des personnes non handicapées. Ces dépenses peuvent être consacrées aux services de santé, à l'achat d'aides techniques, à des solutions de transport plus coûteuses, aux frais de chauffage et de blanchisserie, aux régimes alimentaires particuliers ou à l'assistance personnelle.

#### **1.2.1.2. Dépenses publiques pour les programmes relatifs au handicap**

Presque tous les pays ont mis en place des programmes ciblant les personnes handicapées, sous une forme ou une autre, mais dans les plus pauvres, ces programmes ne s'adressent souvent qu'aux personnes dont les difficultés fonctionnelles sont les plus importantes. Ces programmes concernent les services de santé et de réadaptation, le marché du travail, l'enseignement et la formation professionnels, les prestations d'assurance sociale (contributives) aux personnes handicapées, de l'aide sociale (non contributive) en espèces, l'achat d'aides techniques, les aides financières pour l'accès aux transports, les subventions pour les services publics et les divers services de soutien, notamment les assistants personnels et les interprètes en langue des signes, auxquels s'ajoutent les dépenses administratives.

## Chapitre II : Evaluation économique des coûts du handicap

---

En 2013<sup>25</sup> Les pays européens dépensent, en moyenne 2.1 % du PIB pour les prestations destinées aux personnes handicapées, soit 1,5 fois le montant consacré aux allocations chômage. Ces dépenses sont particulièrement élevées aux Danemark (4,2 %), la Suède (3,6%) et la Finlande (3,4 %). La France a dépensé l'équivalent de 2,1 % de son PIB, exactement comme la moyenne européenne. Cependant les dépenses pour financer les prestations handicap sont moins importantes dans d'autres pays comme la Roumanie (1,1 %) et Malte (0,7%).

Le Rapport mondial sur le handicap 2011<sup>26</sup>, met en lumière plusieurs approches utilisées par les pays pour permettre aux personnes handicapées d'avoir accès aux services, aux infrastructures, à l'information et à l'emploi. Ainsi:

- au Mozambique et en Tanzanie, des ateliers de formation comportant des informations en braille et en langage des signes permettent de faire passer des messages sur le VIH aux jeunes handicapés;
- en Ouganda, le *Sustainable Clubfoot Care Project* permet d'améliorer le dépistage et la réadaptation chez les enfants pieds-bots en sensibilisant le public au fait que cette déformation peut être corrigée, en améliorant les services d'orthèse, en formant du personnel de santé primaire et en subventionnant les transports;
- à Curitiba, au Brésil, un système intégré de transports publics améliore l'accès des personnes handicapées grâce à une conception universelle et à la sensibilisation des conducteurs et du personnel en général;
- au Viet Nam, les enfants handicapés peuvent fréquenter les écoles comme les autres enfants grâce à une révision des politiques, à un aménagement des bâtiments, à la fourniture d'un soutien spécialisé aux élèves et à la formation des administrateurs, des enseignants et des parents;
- en Malaisie, le programme de retour à l'emploi permet aux personnes souffrant d'un handicap lié à un accident du travail de revenir à un emploi à plein temps en coordonnant services de réadaptation et soutien social.

---

<sup>25</sup> <http://www.faire-face.fr/financement-handicap-france-moyenne-europeenne/>, Publié le 14 juin 2016, consulté le 20 février 2017.

<sup>26</sup> OMS, [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/disabilities\\_20110609/fr/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/disabilities_20110609/fr/).

## Chapitre II : Evaluation économique des coûts du handicap

---

### 1.2.2. Coûts indirects

Les coûts indirects, économiques et non économiques, liés au handicap peuvent être élevés et couvrir un large éventail de domaines. Les composantes majeures du coût économique sont le manque de productivité, dû à un investissement insuffisant dans l'éducation des enfants handicapés et au retrait du marché du travail ou à la réduction du temps de travail liés à l'apparition du handicap, et à la perte fiscale liée à cette moindre productivité. Les coûts non économiques, difficiles à quantifier, sont liés à l'isolement social et au stress.

Une part importante du coût indirect du handicap est liée à la moindre productivité des personnes handicapées et au manque à gagner fiscal qui en découle. Ces manques à gagner augmentent lorsque des membres de la famille arrêtent de travailler ou réduisent leur nombre d'heures de travail pour pouvoir s'occuper d'un proche handicapé. La moindre productivité peut être causée par une accumulation insuffisante de capital humain (sous-investissement dans le capital humain), l'absence d'emploi ou par le sous-emploi.

### Conclusion

L'évaluation économique peut être un outil flexible et crédible dans la formulation d'une politique de santé et la gestion de programmes de santé en général et a des stratégies de prise en charge en particulier. Elle peut apporter une transparence appréciable dans un secteur public, nous permettant de voir quelles sont les parties coûteuses du système et la relation de ces coûts avec les résultats.

Dans ce chapitre, nous avons tenté en premier lieu de présenter l'évaluation économique dans son aspect global et de mettre en avant son importance, ses caractéristiques, son intérêt pour la prise de décision en santé et dans les programmes de prévention et de prise en charge, tout en démontrant ses limites. En second lieu, nous avons abordé les méthodes d'évaluation économique en santé qui peuvent être mobilisés pour aider à la prise de décision concernant le choix des stratégies de dépistage et de prise en charge des handicaps et essayer de présenter l'évaluation des coûts du handicap.



Chapitre III  
Situation des  
personnes  
handicapées en  
Algérie

### Introduction

A l'instar de la plupart des pays en développement, l'Algérie a fait des efforts considérables en matière de développement social, et de protection des personnes handicapées par des différents programmes engagés en matière de politique sociale, et des services de soutien à l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap, et des investissements significatifs pour améliorer ses politiques en matière de promotion et protection des personnes en situation de handicap. Que ce soit au niveau de l'encadrement légal des droits des personnes en situation de handicap ou par le versement d'allocations et d'aides sociales.

L'Algérie Malgré les dispositifs d'aide mis en place durant ces deux dernières décennies, la situation des handicapés reste toujours un problème qui frappe de plein fouet la société.

Nous avons choisi de repartir le développement de ce chapitre en trois sections. Dans la première section, nous présenterons le cadre institutionnel des programmes de prise en charge des enfants handicapés et les programmes de la politique algérienne par rapport au handicap. Dans la seconde section, nous essayons de présenter Quelques statistiques concernant le handicap en Algérie et le programme de l'enseignement spécialisé pour enfants handicapés de l'année scolaire 2015-2016, puis, dans la troisième section nous allons présenter l'organisme d'accueil.

### **1. le cadre institutionnel des programmes de prise en charge des enfants handicapés**

En Algérie, la protection des personnes handicapées relève des dispositions constitutionnelles qui garantissent leurs droits. Elle est assurée par des dispositions consacrées par des textes législatifs et réglementaires spécifiques, ainsi par des programmes de soutien à l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap.

#### **1.1. Cadre politique et législatif algérien par rapport au handicap**

La Constitution algérienne garantit la défense individuelle ou collective des droits humains et l'article 41 en détermine le champ d'application, qui comprend les droits des personnes en situation de handicap<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Fédération algérienne des personnes handicapées Rapport national soumis en accord avec le conseil des droits de l'homme : Algérie. Genève: ONU, 2008.

## Chapitre III : Situation des personnes handicapées en Algérie

---

La protection des droits des personnes en situation de handicap est de plus assurée par plusieurs instruments législatifs, dont le principal est la loi 02-09 du 8 mai 2002 relative à la protection et à la promotion des personnes handicapées<sup>2</sup>. Celle-ci contient des dispositions fondamentales relatives à la prévention, à la définition du handicap et à l'éducation, à la formation professionnelle, la rééducation fonctionnelle et réadaptation, l'insertion et l'intégration sociale des personnes en situation de handicap. D'autres domaines, tels que l'accès au régime d'assurance sociale, à l'enseignement spécialisé ou à l'aide sociale, ainsi que les dispositions relatives à l'accessibilité et à la formation et intégration professionnelle des personnes en situation de handicap font aussi l'objet de réglementation spécifique<sup>3</sup>.

En 2007, l'Algérie a signé le principal traité international de promotion et protection des droits des personnes en situation de handicap, la convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) et l'a ratifiée par le décret présidentiel 09-188 du 12 mai 2009<sup>4</sup>. Cette convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.

Ainsi, la Convention se veut un instrument des droits de l'homme comportant une dimension sociale explicite. Elle effectue un large classement des personnes handicapées par catégories et réaffirme que toutes les personnes qui souffrent d'une quelconque infirmité doivent bénéficier de tous les droits et libertés fondamentaux. Elle éclaire et précise la façon dont toutes les catégories de droits s'appliquent aux handicapés et désigne les domaines où des adaptations permettraient à ces personnes d'exercer effectivement leurs droits, ainsi que les domaines où il y a eu violation de droits et où il convient de renforcer la protection de ces droits<sup>5</sup>.

En ratifiant la Convention, l'Algérie s'attèle à la mise en œuvre de ses dispositions par l'harmonisation de sa législation interne et de sa mise en conformité avec la convention tout en accompagnant cette adaptation de l'arsenal législatif et réglementaire par des actions et réalisations sur le terrain, tant au plan de la promotion que de celui de la protection.

---

<sup>2</sup> Loi 02-09 du 8 mai 2002 relative à la protection et à la promotion des personnes handicapées, journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire, 2002.

<sup>3</sup> Journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire, JORADP, 1983, 1989, 2003, 2006, 2008

<sup>4</sup> Communication de la Plateforme des ONG Algériennes pour la Mise en Œuvre de la CRDPH – Fédération Algérienne des Personnes Handicapées. Alger, 2011

<sup>5</sup> <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=605>, consulté le : 25/04/2017

## Chapitre III : Situation des personnes handicapées en Algérie

---

Cependant, la mise en place de cette convention en Algérie reste très limitée<sup>6</sup>, de fait que certaines lois ne correspondent pas à celle de la Convention, telle que la loi de 2002 qui donne une définition qui n'est pas conforme à celle que donne la CRDPH, ainsi cette loi ne reprennent pas certaines dispositions, notamment la notion d'aménagement raisonnable.

En plus, Il n'existe pas de système régulier de collecte, d'analyse et de diffusion de données ventilées par sexe, âge et handicap, basées sur les principes de la CRDPH, de manière à appuyer la mise en œuvre de politiques inclusives et non discriminatoires

Le système d'évaluation du handicap ne prend en compte que la dimension médicale de la déficience, et ne prend pas en compte la situation globale de la personne handicapée. Le système d'aide sociale basé sur une allocation forfaitaire est dépassé et ne répond pas aux exigences de la CRDPH en termes de participation sociale de la personne.

Les personnes en situation de handicap continuent d'être sous représentées au sein des instances nationales : conseil national consultatif des personnes handicapées, commission nationale d'accessibilité des personnes, handicapées à l'environnement physique, social, économique et culturel. Ces instances ne sont pas de plus conformes à (l'article 33) de la CRDPH sur la participation sociale et le rôle de ces instances, qui ne fonctionnent pas effectivement.

Le décret exécutif n°08-83 du 4 mars 2008 a fixé les conditions de création d'organisation et de fonctionnement des établissements de travail protégé. Cependant, la portée de ce décret reste circonscrite aux établissements relevant de la tutelle du MSNFCF.

Le décret exécutif n°14-214 publié en juillet 2014 fixe « les modalités inhérentes à la réservation des postes de travail, à la détermination de la contribution financière et à l'octroi de subvention pour l'aménagement et l'équipement des postes de travail pour les personnes handicapées. ». Il fait obligation aux employeurs de consacrer au moins 1 % de l'effectif global de leurs entreprises aux personnes handicapées<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Communication de la Plateforme des ONG Algériennes pour la Mise en Œuvre de la CRDPH – Fédération Algérienne des Personnes Handicapées. Alger, 2011

<sup>7</sup> Ibid

## Chapitre III : Situation des personnes handicapées en Algérie

---

### 1.2. Programmes de soutien à l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap en Algérie

La responsabilité de définir et de coordonner les politiques de promotion et de protection des personnes en situation de handicap en Algérie est l'affaire du MSNFCF. Il est présenté ci-dessous une synthèse des principaux éléments de la politique de soutien aux personnes en situation de handicap en Algérie

#### 1.2.1. Carte de handicapé et accès aux mécanismes d'aide sociale

L'attribution de la « carte de handicapé » est définie par la Circulaire interministérielle du 31 janvier 1993 et reprise par le Décret exécutif 03-175 du 14 avril 2003 relatif à la commission médicale spécialisée de la wilaya et à la commission nationale de recours<sup>8</sup>.

L'attribution de la « carte de handicapé » est évaluée sur un dossier qui doit inclure des informations personnelles, médicales et économiques. Celles-ci sont validées par la commission médicale spécialisée de la wilaya, condition indispensable pour accéder à certains mécanismes de soutien. Parmi ceux-ci existe l'Allocation Forfaitaire de Solidarité octroyée aux personnes en situation de handicap âgées d'au moins 18 ans et ne disposant d'aucun autre revenu. Cette allocation est actuellement de 4000 dinars par mois dans le cas des personnes ayant un taux d'incapacité de 100%, et d'environ 3000 dinars par mois pour les personnes ayant un taux d'incapacité de 80%<sup>9</sup>.

D'autres mécanismes d'aide sociale pour les personnes en situation de handicap incluent le programme de couverture sociale et d'accès aux assurances sociales pour les personnes en situation de handicap n'exerçant aucune activité professionnelle<sup>10</sup>, ainsi que l'accès à la gratuité ou à la réduction des tarifs de transport pour les personnes en situation de handicap<sup>11</sup>. Il existe de même une réduction de la Taxe sur la Valeur Ajoutée sur les produits et appareillages nécessaires aux personnes en situation de handicap<sup>12</sup>.

---

<sup>8</sup> L'agence de presse nationale Algérie, <http://www.aps.dz>, consulter le 12/02/2017

<sup>9</sup> Décret exécutif n°07-340 du 31 octobre 2007, qui fixait les modalités d'application des dispositions de l'article 7 de la loi n° 02-09

<sup>10</sup> Journal Officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire, Loi 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, 1983.

<sup>11</sup> Journal Officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire, de 11 décembre 2006, décret exécutif 06-455.

<sup>12</sup> Communication de la Plateforme des ONG Algériennes, Op.Cit

## Chapitre III : Situation des personnes handicapées en Algérie

---

### 1.2.2. Éducation des enfants en situation de handicap en Algérie

L'accès à l'éducation des enfants en situation de handicap peut se concrétiser selon différentes modalités établies par le MSNFCF, en articulation avec d'autres organismes gouvernementaux comme le Ministère de l'Éducation Nationale. Ces modalités comprennent « l'intégration scolaire en milieu ordinaire », et les « programmes d'enseignement spécialisé » pour enfants en situation de handicap, prévus par le Décret Exécutif n° 12-05 du 04 janvier 2012 et sous tutelle du Ministère de la Solidarité, qui incluent des centres médicopédagogiques pour des enfants avec un handicap intellectuel, des centres psychopédagogiques pour des enfants avec un handicap moteur, ainsi que des écoles pour enfants avec un handicap auditif ou visuel.<sup>13</sup>

### 1.2.3. Enseignement spécialisé

Est assuré par les centres médicaux pédagogiques pour l'enfance handicapée et les centres d'enseignements spécialisés, qui sont sous la tutelle du ministère de la solidarité nationale avec le soutien du ministère de l'éducation nationale, offrent une réponse éducative spécifique, notamment pour les groupes d'enfants qui partagent un même type de handicap et qui bénéficient d'une prise en charge éducative spécialisée par une équipe pluridisciplinaire.

Ces Centres dispensent de l'enseignement scolaire reconnu par le ministère de l'éducation jusqu'au niveau estimé de la 5<sup>ème</sup> année, après lequel les enfants qui veulent poursuivre leurs études doivent intégrer l'école publique ordinaire. Cependant, selon la plateforme d'ONG Algériennes pour la mise en œuvre de la CRDPH, cette réintégration en milieu scolaire ordinaire n'arrivera pas pour la quasi-majorité d'entre eux<sup>14</sup>. L'un des risques identifiés au niveau des centres spécialisés est justement ce fonctionnement «en vase clos», sans liens avec l'extérieur et avec les autres services existants, par manque d'un vrai accompagnement adapté et de passerelles entre les structures spécialisées et le système ordinaire<sup>15</sup>.

### 1.2.4. Programmes d'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées

Le gouvernement algérien a mis en marche un nombre de dispositifs pour encourager la formation et l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap. Ainsi, des

---

<sup>13</sup>Handicap international, état de lieux sur la mise en œuvre de l'Article 9 de la CRDPH en Algérie, 2012.

<sup>14</sup> Communication de la Plateforme des ONG Algériennes, Op.Cit

<sup>15</sup> Handicap international, éducation inclusive, 2012.

## Chapitre III : Situation des personnes handicapées en Algérie

---

mécanismes de soutien aux formes de travail adaptées ou des avantages fiscaux existent pour les travailleurs en situation de handicap ainsi que pour les entreprises créées par des organisations de personnes en situation de handicap agréées<sup>16</sup>. L'article 27 de la loi 02-09 relative à la protection et à la promotion des personnes handicapées prévoit pour tout employeur l'obligation de consacrer 1% des postes de travail aux personnes en situation de handicap dont la qualité de travailleur est reconnue.

Le taux alloué à l'intégration des personnes handicapées (1%) reste insuffisant si on considère le taux de prévalence moyen du handicap (entre 10 et 15% de la population mondiale selon le rapport 2011 de l'OMS). Les mécanismes et les garanties d'application sont faibles et l'information sur les possibilités d'emploi est difficilement accessible. Dans un contexte de transition économique que connaît le pays, avec un taux de chômage élevé, y compris concernant les jeunes diplômés des nombreuses universités que compte l'Algérie, les personnes handicapées ne sont pas prises en compte prioritairement, malgré les mesures incitatives prévues par l'Etat<sup>17</sup>.

### 2. Statistiques concernant le handicap en Algérie

#### 2.1. Statistiques descriptives sur le handicap en Algérie

En Algérie (LADDH, 2016)<sup>18</sup>, Près de 2 millions de personnes vivent avec un handicap selon les statistiques de l'ONS, présentés par le ministère de la Solidarité nationale et de la Famille, le nombre des personnes handicapées en Algérie est de 1 945 704 personnes, dont 284 073 handicapés moteurs, 73 937 handicapés auditifs, 1 733 620 visuels, 167 331 handicapés mentaux, 85 611 polyhandicapés, 626 711 personnes ont des maladies chroniques, 505 299 personnes ont d'autres handicaps et 29 380 personnes handicapées non déclarées, s'agissant de la répartition de la population des personnes handicapées en Algérie par tranche d'âge, les mêmes statistiques montrent que 131 955 enfants ayant l'âge entre 0 et 5 ans souffrent d'un handicap, les enfants et adolescents handicapés ayant l'âge entre 5 et 19 ans sont au nombre de 31 945.

---

<sup>16</sup> décret-exécutif 08-02 du 2 janvier 2008

<sup>17</sup> Communication de la Plateforme des ONG Algériennes, Op.Cit

<sup>18</sup> Ligue algérienne de défense des droits de l'homme (LADDH), <http://droitdelhomme.overblog.com/2016/12/rapport-annuel-sur-l-etat-des-droits-de-l-homme-en-algerie-en-2016.html>, Publié le 10 Décembre 2016, consulté le 16/02/2017

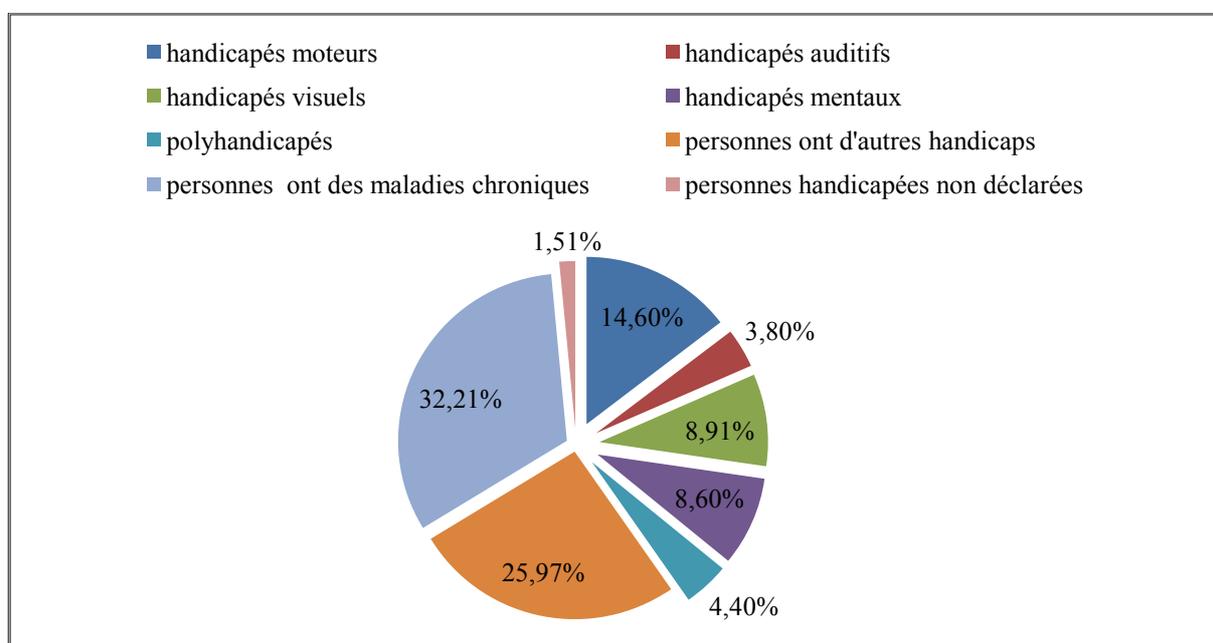
## Chapitre III : Situation des personnes handicapées en Algérie

**Tableau N°02** : Le nombre des personnes handicapées par type en Algérie

Types de handicap	Nombre des personnes handicapées	Pourcentage (%)
Handicapés moteurs	284073	14,60 %
Handicapés auditifs	73937	3,80 %
Handicapés visuels	173362	8,91 %
Handicapés mentaux	167331	8,60 %
Polyhandicapés	85611	4,40 %
personnes ont d'autres handicaps	505299	25,97 %
personnes ont des maladies chroniques	626711	32,21 %
Personnes handicapées non déclarées	29380	1,51 %
<b>Total</b>	<b>1945704</b>	<b>100%</b>

**Source** : Réalisée par nos soins à partir des statistiques présenter par la LADDH, 2016

**Figure N°05** : Le nombre des personnes handicapées en Algérie



**Source** : Réalisée par nos soins à partir du tableau N° 02.

## Chapitre III : Situation des personnes handicapées en Algérie

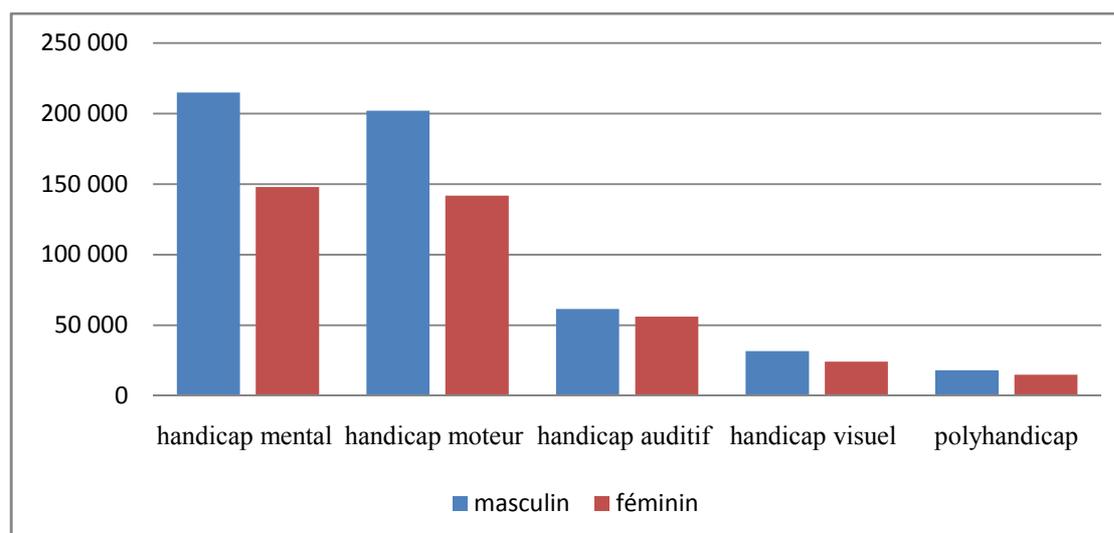
Ainsi, d'après le ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme (MSNFCE)<sup>19</sup>, le nombre des cartes d'invalidités établies aux personnes handicapées au cours des années antérieures jusqu'au 31-12-2016 est de 913317 cartes dont 57,84% sont de sexe masculin et 42,16% de sexe féminin. La répartition par nature de handicap à l'échelle nationale, place le handicap mental en 1<sup>ère</sup> position avec un total de 363012 personnes soit un taux de 39,74%, suivi en 2<sup>ème</sup> position par le handicap moteur avec un total de 343830 personnes soit un taux de 36,64%, en 3<sup>ème</sup> position le handicap auditif avec un total de 117634 personnes soit un taux de 12,87%, en 4<sup>ème</sup> position le handicap visuel avec un total de 55872 personnes soit un taux de 6,11% et en dernière position les polyhandicapés avec un total de 32969 personnes soit un taux de 3,61%. Le tableau suivant résume la situation.

**Tableau N° 03 :** La répartition des cartes d'invalidités par nature de handicap et par sexe en Algérie

	Masculin	Féminin	Total	%
Handicap mental	215 038	147 974	363012	39,75
Handicap moteur	201 997	141 833	343830	37,64
Handicap auditif	61 509	56 125	117634	12,88
Handicap visuel	31 677	24 195	55872	6,12
Polyhandicap	18 064	14 905	32969	3,61
Totaux	528 285	385 032	913317	100

**Source :** MSNFCE, 2016

**Figure N°06 :** La répartition des cartes d'invalidités par sexe



**Source :** Graphique réalisée par nos soins à partir du tableau N° 03.

<sup>19</sup> Ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme, « étude sur la carte de la personne handicapée », arrêtée au 31/12/2016.

## Chapitre III : Situation des personnes handicapées en Algérie

Et d'après la MSNFCF toujours, en 31/12/2016, le nombre des cartes d'invalidités établies pour les enfants handicapés est de 100620 répartir comme suite :

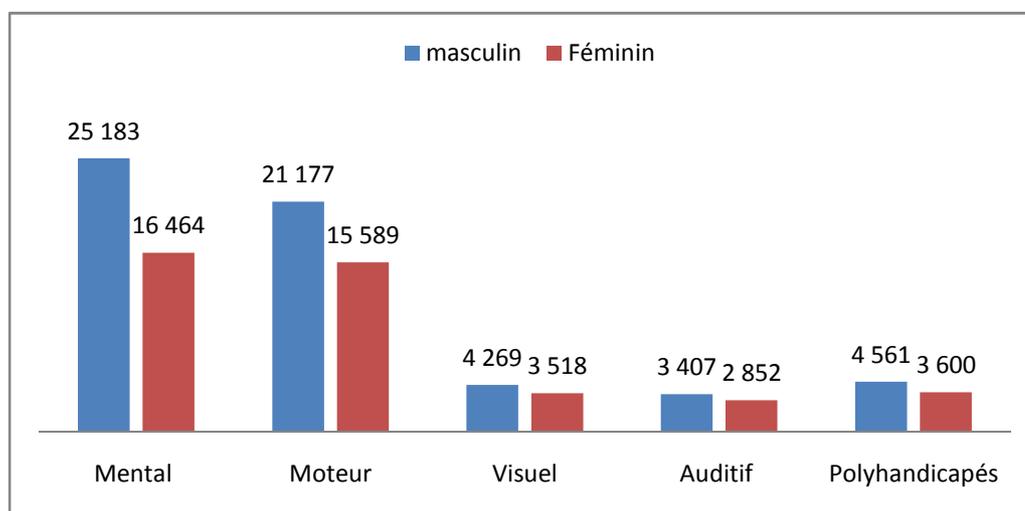
**Tableau N° 04** : le nombre des cartes établies pour les enfants handicapés en Algérie.

	Masculin	Féminin	Total	%
Handicap mental	25 183	16 464	41 647	41,39
Handicap moteur	21 177	15 589	36 766	36,54
Handicap auditif	4 269	3 518	7 787	7,74
Handicap visuel	3 407	2 852	6 259	6,22
Polyhandicap	4 561	3 600	8 161	8,11
<b>Totaux</b>	<b>58 597</b>	<b>42 023</b>	<b>100 620</b>	<b>100</b>

Source : MSNFCF, 2016

L'analyse de ce tableau fait ressortir que, 58597 des enfants handicapés soit 58.23 % sont de sexe masculin, et 42023 soit 41.77 % sont de sexe féminin.

**Figure N° 07** : La répartition des cartes d'invalidités pour enfants handicapés par type et sexe



Source : Graphique réalisée par nos soins à partir du tableau N° 04.

### 2.2. Données statistiques de l'éducation et l'enseignement spécialisés pour enfants handicapés (Année scolaire 2015-2016)

La prise en charge des enfants handicapés est assurée par un réseau infrastructurel composé de 225 établissements spécialisés ouvert à travers le territoire national est

## Chapitre III : Situation des personnes handicapées en Algérie

---

entièrement financés sur le budget de l'état. Ce chiffre été de 110 établissements en 1999, soit une évolution de 115 établissements<sup>20</sup>.

Ces structures d'accueil et de prise en charge des enfants en situation d'handicap (visuel, auditif, mentaux, moteurs) assurent une éducation et un enseignement spécialisés à l'aide de moyens techniques appropriés à chaque type d'handicap, ces établissements se répartissent en deux types à savoir<sup>21</sup> :

- Les établissements d'éducation spécialisée (mentaux, moteurs), ont pour mission principale de développer les potentialités intellectuelles et corporelles des enfants accueillis favorisant leur autonomie sociale.
- Les établissements d'enseignement spécialisé (écoles pour enfants handicapés visuels et école pour enfants handicapés auditifs). Ces établissements appliquent le programme officiel de l'éducation nationale par l'utilisation de méthodes techniques appropriées.

L'éducation et l'enseignement des enfants handicapés sont assurés en milieu institutionnel spécialisé, relevant du secteur de la solidarité nationale et dans les classes spéciales, ouvertes au niveau des écoles du secteur de l'éducation nationale. Ainsi qu'au sein des établissements subventionnés par l'Etat et gérés par les associations.

### **2.2.1. Centres psycho pédagogiques pour enfants handicapés mentaux (CPPEH mentaux)**

Etablissement publics à caractère administratif dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Les centres psycho pédagogiques pour enfants handicapés mentaux accueillent les enfants déficients mentaux dont l'âge varie entre 05 et 18 ans, des programmes sont mis en place pour leur permettre d'acquérir « savoir et savoir- faire » en fonction de leurs potentialités et capacité d'apprentissage.

Ces apprentissages se traduisent en termes de comportements observables, que le jeune handicapé réalise grâce à la mobilisation de toute une équipe psycho pédagogique composée de spécialistes formés par l'université et les centres nationaux de formation de secteur.

Le nombre de centres psycho-pédagogiques pour enfants handicapés mentaux est de 142 centres, d'une capacité d'accueil théorique de 15000 places, et d'un effectif réel de 18895 enfants dont 7572 de sexe féminin, soit un taux d'occupation de 125%.

---

<sup>20</sup> MSNFCF, Direction générale de la protection et de la promotion des personnes handicapées.

<sup>21</sup> ibid

## Chapitre III : Situation des personnes handicapées en Algérie

---

Le budget de fonctionnement des centres psycho pédagogiques pour enfants handicapés mentaux au titre de l'année 2015 est de 7998246000 DA

### **2.2.2. Centres psycho pédagogiques pour enfants handicapés moteurs (CPPEH moteur)**

Etablissements publics à caractère administratif dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Les Centres psycho pédagogiques pour enfants handicapés moteurs prennent en charge les enfants handicapés physiques et leurs assurent une scolarité soutenue par un suivi administratif, éducatif, rééducatif, psychomoteur et médical.

Le nombre des centres médico-pédagogiques pour handicapés moteurs (CMPEM) est de 08 centres d'une capacité d'accueil théorique de 560 places, et d'un effectif réel de 395 enfants dont 153 de sexe féminin, soit un taux d'occupation de 70,53%.

Le budget de fonctionnement des centres psycho pédagogiques pour enfants handicapés moteurs au titre de l'année 2015 est de 385579000 DA.

### **2.2.3. Ecole pour enfants handicapés auditifs (EEHA auditif)**

Les écoles pour enfants handicapés auditifs accueillent les enfants atteints d'une déficience auditive partielle ou totale dont l'âge varie entre 06 et 18 ans, l'enfant bénéficie d'une scolarité adaptée à la nature et au degré de sa surdité et d'une prise en charge médico-psychopédagogique.

Le nombre d'écoles pour enfants handicapés auditifs est de 46, d'une capacité d'accueil théorique de 4600 places, et d'un effectif réel de 3664 enfants dont 1509 de sexe féminin, soit un taux d'occupation de 79,65%.

Le budget de fonctionnement des écoles pour enfants handicapés auditifs au titre de l'année 2015 est de 3466584000 DA

### **2.2.4. Ecoles pour enfants handicapés visuels (EEHV)**

Les écoles pour enfants handicapés visuels accueillent les enfants atteints d'une cécité partielle ou totale, dont l'âge varie entre 6 et 18 ans, l'enfant bénéficie d'une scolarité adaptée à la nature, et au degré de sa cécité et d'une prise en charge psycho pédagogique pour lui permettre de suivre sa scolarité normalement.

## Chapitre III : Situation des personnes handicapées en Algérie

Le nombre d'écoles pour enfants handicapés visuels est de 22 d'une capacité d'accueil théorique de 2200 places, et d'un effectif réel de 1082 enfants dont 462 de sexe féminin, soit un taux d'occupation de 49,18%.

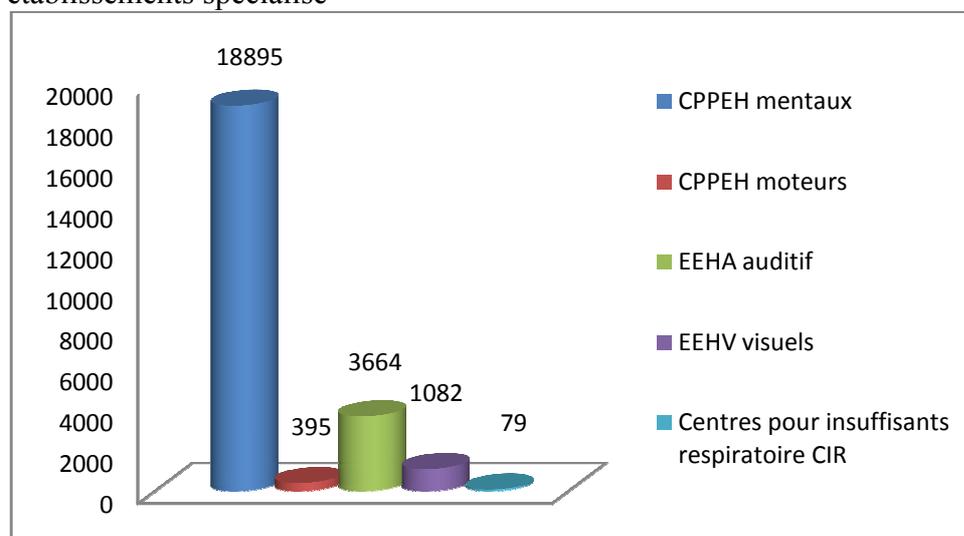
Le budget de fonctionnement des écoles pour enfants handicapés visuels au titre de l'année 2015 est de 1673007000 DA.

**Tableau N° 05 :** bilan de la rentrée scolaire au niveau des établissements d'éducation et d'enseignement spécialisé pour enfants handicapés année scolaire 2015-2016

Type D'établissement	Nombre des établissements	Capacité théorique	Effectifs réel des enfants	Taux d'occupation
<i>Centre psycho-pédagogique Pour enfants handicapés mentaux</i>	142	15000	18895	125%
<i>Centre psycho-pédagogique Pour enfants handicapés moteurs</i>	8	560	395	70,53%
<i>Ecole pour enfants auditifs</i>	46	4600	3664	79.65%
<i>Ecole pour enfants Visuels</i>	24	2200	1082	49,18%
<i>Centre pour insuffisants respiratoire</i>	7	740	79	10,67%
<b>Total</b>	227	23100	24115	100%

**Source :** MSNFCF, Direction générale de la promotion des personnes handicapées, Direction de l'éducation et de l'enseignement spécialisé, 2016.

**Figure N°08 :** Répartition des enfants handicapés prise en charge au niveau des établissements spécialisé

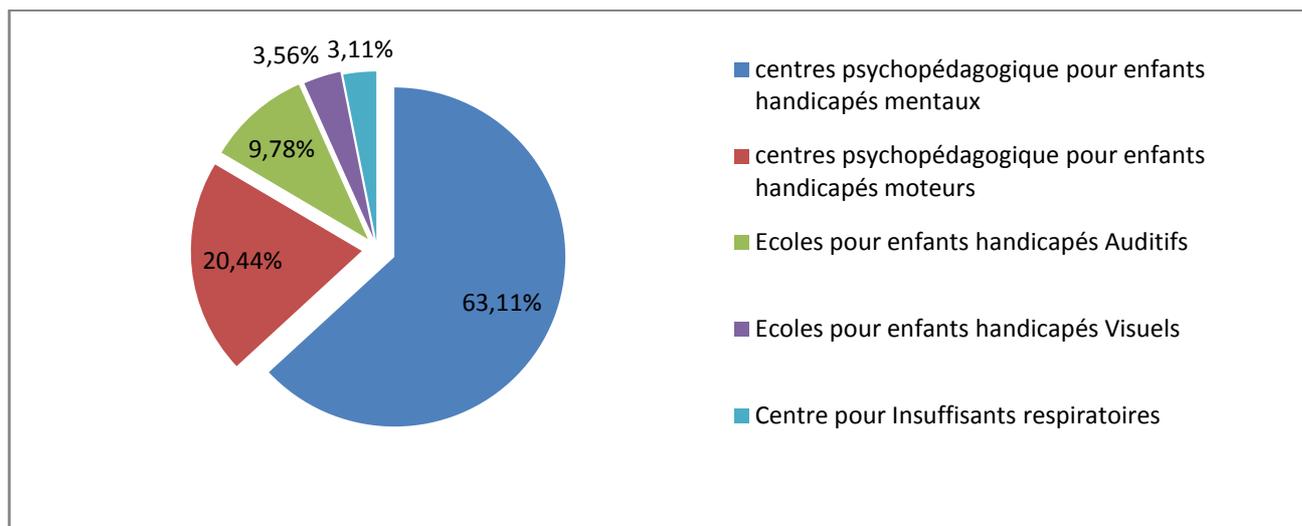


**Source :** Graphique réalisée par nos soins à partir du tableau N° 05.

## Chapitre III : Situation des personnes handicapées en Algérie

Il ressort de l'analyse des chiffres enregistrés durant l'année scolaire 2015/2016 que sur l'ensemble des 24115 enfants pris en charge en milieu résidentiel, les enfants handicapés mentaux représentent 78.35% de l'effectif global, suivi des enfants handicapés auditifs avec un taux de 15.19%, viennent les handicapés visuels avec un taux de 4.48%, les handicapés moteurs avec un taux de 1.63%, et les insuffisants respiratoires avec un taux de 0.32%.

**Figure N° 09** : Répartition des établissements spécialisés selon le type de handicap



**Source** : Graphique réalisée par nos soins à partir du tableau N° 05

En remarque que il y'a un très fort taux d'établissements de prise en charge des enfants handicapés mentaux soit 63,11% , suivi en deuxième position par le établissements pour enfants handicapés auditifs avec un taux de 20,44%, viennent en troisième position les établissements pour enfants handicapés visuels avec un taux de 09,77%, et en quatrième position viennent les centres pour psychopédagogiques pour enfants handicapés moteurs et les centres pour insuffisants respiratoires avec respectivement un taux de 3,55% et un taux de 3,11%.

Ces infrastructures qui sont réparties sur tout le territoire national offrent une capacité très insuffisante pour couvrir le nombre réel des enfants handicapés et ces besoins prioritaires.

### **Conclusion**

Il existe en Algérie un nombre significatif d'infrastructures spécialisées dans l'accompagnement des personnes handicapées, Ces infrastructures sont inégalement réparties sur tout le territoire et offrent une capacité très insuffisante pour couvrir des besoins prioritaires.

La situation et la perception des personnes handicapées évoluent en Algérie, mais leur insertion au sein de la société reste insuffisante. La législation relative aux personnes handicapées est relativement avancée mais l'application de ces textes sur le terrain reste à consolider. Les associations de personnes handicapées ont petit à petit développé leur capacité à se structurer, à trouver des financements pour leurs actions et à mener des opérations de plaidoyer en faveur des droits des personnes handicapées. Elles restent toutefois en demande d'accompagnement technique et managérial.

Il reste beaucoup d'efforts à faire en matière de sensibilisation de la société civile et du monde économique, à l'apport des PH au développement collectif.

Le mouvement associatif a un rôle clé à jouer pour la progression de ces objectifs. Il convient d'améliorer les conditions de leur investissement, définir des règles claires de coopération entre le secteur public et les associations et les accompagner dans le montage et la réalisation de leurs projets.

Dans le chapitre qui va suivre, on va essayer d'estimer le coût de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux. D'abord on va présenter l'organisme d'accueil, ensuite on va étaler notre méthodologie de recherche, puis nous finirons par une discussion de nos principaux résultats obtenus.

## Chapitre IV

Evaluation des coûts  
de la prise en charge  
des enfants inadaptés  
mentaux

# Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

---

## Introduction

Les réseaux de la santé et des services sociaux s'occupent depuis plusieurs années des familles d'enfants handicapés. Différents programmes et diverses mesures soutiennent les parents dans l'exercice de leurs responsabilités à l'égard de leur enfant qui présente une déficience et qui a, de ce fait, des besoins particuliers.

Malgré les efforts consentis, les familles d'enfants inadaptés affirment que ces efforts demeurent insuffisants et elles réclament une meilleure couverture des frais entraînés par les besoins de leurs enfants. Ainsi, des familles ont maintes fois mentionné qu'elles doivent déboursier de l'argent pour certains services de santé ou services sociaux, assumer des frais, non remboursables par les assurances, occasionnés par des traitements médicaux, de rééducation, ou par l'achat de certains équipements spécialisés,

L'objectif principal de cette étude est de déterminer le coût de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux. Ce coût est composé de trois parties, le coût pour le patient et sa famille, le coût public supporté par l'Etat, et le coût supporté par l'association.

Dans ce chapitre, nous allons en un premier lieu présenté l'organisme d'accueil, par la suite présenter et discuter les résultats de notre recherche après démonstration de sa méthodologie.

### 1. Présentation de l'organisme d'accueil

Le mouvement associatif en Algérie à connu, ces dernières années un essor considérable dans le domaine de la santé. Son évènement est connu par l'organisation de différentes activités. Il est la voie qui représente les cas des personnes marginalisées. Les acteurs associatifs ont pour objectif de combattre et de faire atténuer les insuffisances du système de santé, les inégalités sociales, les injustices ou la maltraitance qui font défaut chez certains usagers.

L'association le Défi seddouk et Beni Maouche a été créée, le 02 Avril 2006 ; conformément à la loi 90.31 relative aux associations. Elle a été enregistrée à la DRAG de la Wilaya de Bejaia sous le numéro 125/2006 et agréée le 23 septembre 2006 sous le numéro 228/2006. En janvier 2014, l'association s'est mise en conformité à la nouvelle loi 06/2012 de janvier relative aux associations.

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

---

Son financement est tributaire des subventions de l'Etat et des dons de bienfaiteurs, et ses moyens humains composés de membres bénévoles et actifs, ainsi que de jeunes diplômés acquis par les dispositifs d'insertion ont permis, la scolarisation de 30 enfants inadaptés, et au fil du temps, la mise en place de cellules d'écoute, d'accompagnement à l'éducation, à la formation et à l'insertion professionnelle.

Son champ d'action s'est élargi aux autres types de handicaps et à la personne en situation de précarité et de détresse. L'amélioration des conditions de vie, la promotion du respect et de la dignité, l'assistance contre la précarité et l'exclusion constituent les raisons d'être de l'association.

### 1.1. La zone d'intervention de l'association

Seddouk et Beni-maouche sont deux daïrate situées à une soixantaine de kilomètres du chef-lieu de la wilaya de Bejaia. La région est connue pour son célèbre résistant Cheikh Ahadad, figure emblématique de l'insurrection de 1871 contre le colonialisme.

Mais à part, le chef-lieu de daïra ,qui présente un aspect urbanistique parfois anarchique, le reste de la région de Seddouk, composé de villages et hameaux éloignés , présente un caractère rural avancé, de par son relief montagneux, son climat semi-aride assez rude et un développement socio-économique insignifiant ce qui engendre un taux de chômage très élevé , un exode rural très important et un mouvement migratoire à destination de l'étranger très inquiétant (immigration des universitaires) .

Si la politique de l'Etat en matière de création d'emploi par le biais du micro crédit et l'insertion professionnelle touche une partie de la population concentrée au niveau des chef-lieux des communes , le manque d'information, de vulgarisation et de sensibilisation sur les différents dispositifs mis en place à cet effet, et la lourdeur, l'inefficacité et la bureaucratie locale, font qu'une large partie de la population composée essentiellement des handicapés en tous genres , de marginalisés, des exclus scolaires, de chômeurs diplômés, de démunis ne profitent pas de ces dispositifs.

C'est pourquoi, l'association « Le défi » est un maillon fort dans la chaîne de solidarité entre l'Etat et les plus démunis, notamment les personnes en situation de handicap, d'une part et d'autre part entre les généreux donateurs et cette même frange de notre société.

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

### 1.2. Missions de l'association

Le DEFI Seddouk et Beni Maouche est une association sociale, créée dans le but de répondre à un besoin pressant en matière de prise en charge d'enfants inadaptés mentaux dans cette région.

#### 1.2.1. Population ciblée

Personnes en situation de handicap et leurs familles.

**Tableau N° 06 :** Etat des effectifs des personnes en situation de handicap, par communes, (seddouk, beni maouche, bouhamza, amalou, m'cisna) 2017

Communes	Mental		Physique		Auditif		Cécité		Polyhandicap		Total		Total général
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Masculin	Féminin	
<b>Beni Maouche</b>	153	78	84	34	13	06	08	24	24	21	282	163	445
<b>Seddouk</b>	162	66	81	61	09	05	12	07	21	10	285	149	434
<b>Bouhamza</b>	72	42	40	20	02	05	02	05	10	05	126	77	203
<b>Amalou</b>	43	33	33	24	09	08	09	08	12	05	106	78	184
<b>M'cisna</b>	32	24	25	10	04	01	01	02	05	03	67	40	107
<b>Total</b>	462	243	263	149	37	25	32	46	72	44	866	507	1373

Source : Fiche technique de l'association le DEFI Seddouk, 2017

#### 1.2.2. Domaine d'intervention

- **Soutien social :** accompagnement des familles en difficultés sociales.
- **Soutien matériel :** avec le matériel orthopédique (fauteuils roulants, béquilles, couches...)
- **Accès à l'éducation :** accompagnement des enfants en difficultés scolaires.
- **Accès à la formation :** accompagnement des PSH à la formation.
- **Accès à l'emploi :** accompagnement des PSH à l'emploi et la micro entreprise.

#### Parallèlement organisation de

- Caravane de solidarité
- Caravane médicale

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

---

- Sorties pédagogiques

### 1.2.3. Partenaires

Les autorités locales et les dispositifs chargés de la formation, de l'insertion et de l'emploi. la DASS, CPS, La santé, l'éducation et les associations.

### 1.2.4 .Localité

Les Communes : Seddouk, M'cisna, Amalou, Bouhamza, Beni Maouche des deux dairate Seddouk et Beni Maouche à la wilaya de Bejaia.

### 1.2.5. Valeurs

Non lucrative/ Apolitique /Bénévolat/ Solidarité/Démocratie/ Transparence/ Innovation/ Crédibilité/Partage/ Confiance.

## 1.3. Activités de l'association

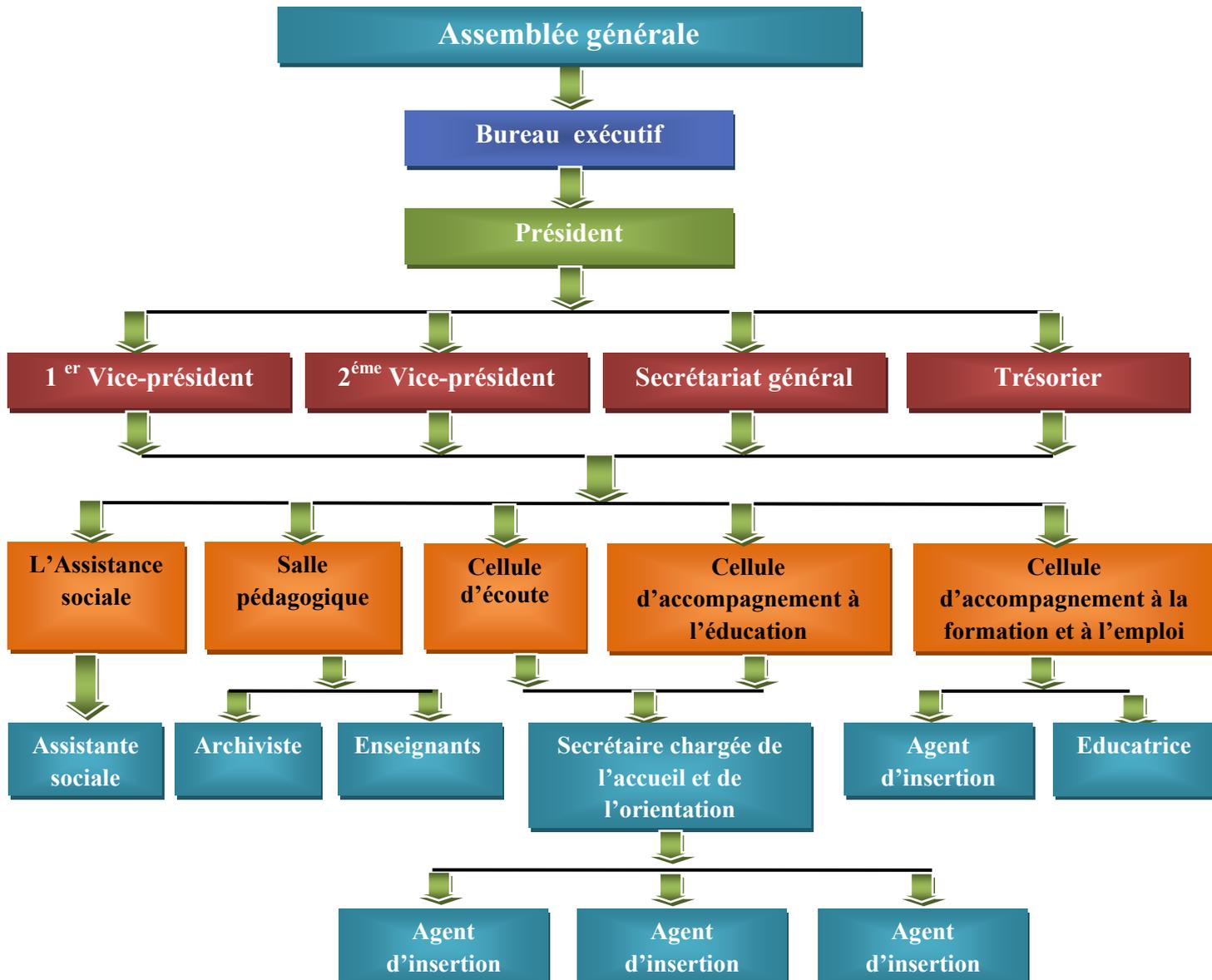
### 1.3.1. Activités principales

- ✓ Recensement et dépistage de la personne en situation de handicap
- ✓ Elaboration d'un fichier des personnes en situation de handicap de tous les villages et hameaux des communes : Seddouk, M'cisna, Amalou, Bouhamza, Beni Maouche, des deux dairates Seddouk et Beni Maouche
- ✓ Identification des besoins des personnes ciblées.
- ✓ Elaboration de plans d'aide adaptés aux besoins exprimés.
- ✓ Amélioration des conditions de vie de la PSH, prise en charge et orientation scolaire
- ✓ Elaboration des stratégies de partenariats avec toutes les institutions et organisations. Qui œuvrent dans le même domaine (APC, DASS, ADS, CPS).
- ✓ Ecoute, soutien et assistance psychologique de la PSH assurés par une cellule d'écoute (psychologue orthophoniste) et mise en place de cellules d'accompagnement (éducation inclusive, formation et emploi).
- ✓ Soutien moral et matériel (attribution de fauteuils roulants, dons en nature, caravanes de solidarité et de sensibilisation... etc.)
- ✓ Organisation de séminaires et de journées de sensibilisation sur différentes thématiques concernant le handicap.
- ✓ Célébration des journées nationale et internationale des PSH.
- ✓ Partenariat avec différentes organisations nationale et internationale dans la mise en place de projets.

# Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

## 1.4. Organigramme et fonctionnement de l'association

### 1.4.1. L'organigramme



Source : Fiche technique de l'association le Défi Seddouk, 2017

### 1.4.2. Fonctionnement

- la structure de l'association fonctionne selon son statut tiré des dispositions de la loi 90/012 relative aux associations.
- L'assemblée générale composée de membres fondateurs, des adhérents et de parents des personnes en situation de handicap trace le programme d'action lors de ses réunions ordinaires tenues obligatoirement une fois par an.

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

---

- Le bureau exécutif élu par l'AG, composé de 11 membres dont 01 président, 02 vice-présidents, 01 secrétaire général, 01 adjoint du secrétaire général, 01 trésorier, 01 adjoint trésorier, et 05 assesseurs, exécutent le programme d'activités dont l'évaluation est établie aux cours des réunions mensuelles tenues à cet effet.
- sous la responsabilité du président, le personnel du pré-emploi en nombre de 09 (psychologues, orthophonistes, éducatrices, et secrétaires) assure la permanence de l'association, participe aux campagnes et caravanes de solidarité et s'occupe de l'administration, du suivi psychologique et de l'orientation des personnes en situation de handicap.
- Il est fait appel en cas de nécessité aux amis de l'association, aux comités de village et à d'autres associations dans le cadre de partenariat.
- Annuellement, un bilan moral et financier est présenté devant l'assemblée générale, le bureau exécutif se charge de toutes les démarches administratives (relations avec les autorités, demande de subvention ...etc.)

### **1.5. Les structures mises en place par l'association**

#### **1.5.1. Cellule d'écoute, de conseils et d'orientation**

- ✓ Offrir un accompagnement global à l'enfant. Chacun des professionnels selon son champ d'action, ses compétences et sa place dans l'équipe, agit en synergie avec ses collègues.
- ✓ Dans le cadre du dispositif itinérant, chaque enfant est suivi par au moins un de ces professionnels.
- ✓ Dans tous les cas, l'essentiel est d'inscrire l'accompagnement de l'élève dans la confiance et la durée.

#### **1.5.2 Cellule d'accompagnement à la scolarisation**

- ✓ Oriente et conseille les enseignants lorsque ces derniers rencontrent des difficultés avec les enfants.
- ✓ Explique les pathologies aux enseignants et les aide à trouver des méthodes de communication adaptées aux difficultés (handicap) de chaque élève (enfants).
- ✓ Accompagnement des parents et rencontres à domicile /Transport vers le CMP.

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

---

### 1.5.3. Cellule d'accompagnement à la formation et l'emploi

L'une des principales missions de l'accompagnement social est de permettre aux personnes vulnérables/en difficultés d'avoir accès, en leur qualité de citoyens, à l'ensemble de leurs droits (Formation et emploi).

### 1.6. Les objectifs de l'association

- ✓ Mise en place des structures de prise en charge de l'enfant en situation d'handicap.
- ✓ Création d'un centre médico-psychologique.
- ✓ Création d'un centre d'aide par le travail(CAT) et de l'unité pédagogique et thérapeutique.

## 2. Méthodologie

Le coût pour le patient représente les dépenses supplémentaires, supporté par les familles des enfants inadaptés, pour parvenir à un niveau de vie équivalant à celui d'un enfant normal.

Afin de calculer le coût pour le patient, compte tenu que n'existe aucune donnée statistique sur ce sujet, il est nécessairement important de chercher l'information directement auprès des familles. Pour ce faire, nous avons choisi d'utiliser la méthode d'enquête par questionnaire. (On en trouvera une copie à l'annexe 1).

La première partie du questionnaire porte sur les caractéristiques socioéconomiques de la famille, telles que le revenu, le nombre d'enfants, la situation des parents relativement à l'emploi. La deuxième partie se rapporte à l'enfant lui-même, des questions concernant l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et le degré de l'inadaptation. La troisième partie présente la prise en charge sociale de l'enfant. La quatrième partie concerne les différents coûts supportés par la famille de l'enfant, tel que l'utilisation de fournitures médicales et d'équipement spécialisé, les dépenses liées à la rééducation, transport, loisir,...etc.

Par ce questionnaire nous avons estimé l'impact du handicap sur l'utilisation de ces différents services et le coût lié à chaque service au travers de différentes questions. Toutes les personnes interviewées ont répondu à la question de savoir si elles ont utilisé - et ce, combien de fois - un service au cours des douze mois. Parmi celles qui ont utilisé un service, ils leurs fut demandés le coût le plus récent.

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

---

Les questions sont fermées et/ou ouvertes, elles font l'objet d'une réponse en cochant les cases prévues et/ou en insérant une réponse individualisée.

Le questionnaire s'adresse aux familles des enfants inadaptés mentaux de la wilaya de Bejaia. Pour pouvoir réaliser cette enquête de terrain, on a décidé de travailler avec des associations d'enfants handicapés. Les associations sont en effet plus près des familles, elles les connaissent mieux et peuvent les contacter rapidement.

Trois associations ont ensuite été retenues et elles ont accepté de collaborer à l'étude, l'association le défi de Seddouk, l'association le défi d'Aokas et l'association d'aide aux inadaptés mentaux de Bejaia (AAIMB).

On a commencé d'abord par des entretiens directs avec certaines familles au sein de l'association le défi de Seddouk, qui nous a facilité la tâche en convoquant ces familles au bureau de l'association. On a réussi à faire l'entretien avec 38 familles. Vu que cette méthode ne permet pas, dans le temps alloué, de rencontrer suffisamment de familles, la solution de distributions des questionnaires a donc été retenue.

On a distribué 15 questionnaires au niveau de l'association le défi d'Aokas et 15 autres au niveau de l'association AAIMB. Des 30 questionnaires envoyés au départ, 25 ont été distribués et seulement 7 ont été complétés.

Le faible taux de réponse peut être attribué soit à la présence de deux ou trois intermédiaires dans certains cas ou encore à la méfiance concernant la divulgation des données sur les revenus et les dépenses.

En somme, notre enquête nous a permis de constituer un échantillon de 45 patients.

Le coût public représente l'ensemble des dépenses et des programmes, mis en place par l'Etat Algérienne, représentée par ses organismes, et ses directions, afin de répondre aux besoins des enfants en situation de handicap. Le calcul de ce coût, fait l'objet d'une collecte de données auprès de la direction de l'action sociale et de la solidarité de la Wilaya de Bejaia (DASS), CHU de Béjaia (Hôpital Khelil AMRANE), et le centre psycho-pédagogiques, de Timezrit (vu que 14 enfants soit 31.1% des enfants de notre échantillon fréquentent ce centre), à cause de l'insuffisance des données fournies par ce centre on a décidé de travailler avec le centre psycho-pédagogiques d'Ihaddaden qui a les même caractéristiques avec ce dernier.

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

---

Le coût de l'association, on le calcule sur la base des activités effectuées par celle-ci au cours d'une année, (formations, caravanes, sorties, conférences, célébrations des journées nationale et mondiale,...etc), au profil des enfants inadaptés et leurs familles.

Les données recueillies ont été analysées à l'aide des logiciels, IBM-SPSS Statistics et Microsoft office Excel. L'analyse s'est basée essentiellement sur des procédures de statistique descriptive (par exemple, analyse de fréquences et de distributions), ainsi que de statistique déductive.

### **3. Présentation de l'enquête (caractéristiques générales)**

Cette enquête vise à obtenir une représentation des conditions de vie des enfants en situation de handicap. L'enquête nous a permis de recueillir un nombre important d'informations sur l'accès aux services de santé, de l'éducation, aux services sociaux, de transport, ainsi que les habitudes et activités culturelles, sportives et de loisirs.

Le choix de notre échantillon se fait sur la base de deux critères, l'âge des patients (moins de 18 ans) et la nature de leurs handicaps (handicapés mentaux), étant donné que ces associations accueillent des handicaps de toutes les catégories et toutes les tranches d'âge.

La présente partie porte sur les caractéristiques socioéconomiques des parents qui ont rempli le questionnaire. Dans un deuxième temps, les caractéristiques concernant les enfants, c'est-à-dire leur âge, leur sexe et la sévérité de leur déficience sont présentées.

#### **3.1. Caractéristiques socioéconomiques des personnes qui ont répondu au questionnaire**

Le tableau 07 présente quelques caractéristiques des familles retenues pour l'étude. Dans 66,7 % des cas, les personnes qui ont répondu sont de sexe masculin et, 33,3% sont de sexe féminin.

En ce qui concerne le niveau d'instruction des parents, la majorité (31,1%), n'ont aucun niveau d'instruction, 24,4% ,26.7% ont terminé le cycle primaire et moyen respectivement, 11,1% ont une formation secondaire et 6,7% ont suivi des études universitaires.

En ce qui concerne l'activité professionnelle, on y trouve une majorité 26,7% sont des fonctionnaires, qui occupe des postes administratives, 24,4% sont des ouvriers, 22,2% des

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

retraité, et 17,8% sont des chômeurs (n'avaient aucune occupation, ou cherchaient un emploi au moment de l'enquête), contre seulement 8,9% ont une activité libérale.

Pour la situation familiales, (86,7%) des personnes interrogées sont mariés, 6,7% sont des veuves, 4,4% sont divorcés et seulement une seule personne qui est célibataire (2,2%).

En ce qui concerne le nombre d'enfants au sein de la famille, 51,1% des répondants ont 4 enfants ou plus, 28,9% ont 3 enfants et 20% ont 2 enfants ou moins.

86,7% des familles ont un seul enfant inadapté, 6,7% ont 2 enfants et même le pourcentage représente les familles qui ont 3 enfants inadaptés.

77,8% des interviewés disposaient d'un revenu mensuel égal ou inférieur à 35000 dinars par mois, Ceci contraste nettement avec le salaire net mensuel moyen dans le pays en 2013, qui était de 36100 dinars par mois, selon l'Office National de Statistique.

La majorité des familles (88,9%), affirment avoir une assurance sociale, 60% d'entre eux ont une couverture de 80%.

**Tableau N° 07 : Caractéristiques socioéconomiques des parents**

	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Sexe</b>		
Masculin	30	66,7
Féminin	15	33,3
<b>Niveau d'instruction des parents</b>		
Aucun	14	31,1
Primaire	11	24,4
Moyen	12	26,7
Secondaire	5	11,1
Universitaire	3	6,7
<b>Statut professionnel</b>		
Fonctionnaire	12	26,7
Ouvrier	11	24,4
Retraité	10	22,2
Chômeur	8	17,8
Activité libérale	4	8,9
<b>Situation familiale</b>		
Marié	39	86,7
Célibataire	1	2,2
Divorcé	2	4,4
Veuf (Ve)	3	6,7
<b>Le nombre d'enfants</b>		
1 enfant	4	8,9
2 enfants	5	11,1

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

3 enfants	13	28,9
4 ou plus	23	51,1
<b>Nombre d'enfants inadaptés</b>		
1 enfant	39	86,7
2 enfants	3	6,7
3 enfants	3	6,7
<b>Revenu Mensuel</b>		
Moins de 10 000 Da	7	15,6
De 10 000 a moins 18 000 Da	4	8,9
De 18 000 a moins 25 000 Da	12	26,7
De 25 000 a moins 35 000 Da	12	26,7
De 35 000 a moins 45 000 Da	1	2,2
De 45 000 a moins 55 000 Da	3	6,7
De 55 000 et plus	6	13,3
<b>Assurance</b>		
Oui	40	88,9
Non	5	11,1

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

### 3.2. Caractéristiques socioéconomiques des enfants inadaptés mentaux

Notre échantillon est composé de 45 enfants, les garçons sont majoritairement représentés, avec 55,6 %, et les filles représentent 44,4 %, tandis qu'un seul répondant n'a pas répondu à cette question.

La tranche d'âge la plus représentative dans notre échantillon est celle entre 15 à 18 ans avec 37.8%, contrairement à la tranche de 2 à 5 ans qui ne représente que 6,7 %.

20 % de ces enfants n'ont aucun niveau d'instruction, 44,4% d'entre eux ont un niveau primaire, 4,4% ont un niveau moyen, tandis que 31,1 % fréquentent des écoles spécialisés.

Pour le degré de l'inadaptation, 57,8 % des patients sont inadaptés à 100%, 28,9 % sont inadaptés à 80% et dans 13.3% des cas, le degré de l'inadaptation est moins de 80%.

Concernant le degré de dépendance, la majorité des enfants (48,9%) ont un degré moyen, 31,1% ont un degré faible et 20% dépendent fortement de leurs familles.

Les enfants composant notre échantillon, sont pris en charge par trois associations distribués comme suite : 84.4% par l'association le défi Seddouk (31,1% d'entre eux, soit 14 enfants sont scolarisés aussi au niveau de centre psycho-pédagogique de Timezrit), 8,9% par l'association AAIMB et 6,7% par l'association le défi d'Aokas.

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

Au moment de l'enquête, 51,1% des enfants n'ont aucun traitement contre 48,9 % qui sont sous traitement. On ajoute ici qu'il y a des parents qui ont décidé de mettre fin au traitement de leurs enfants, car ils supportent beaucoup de dépenses et la santé des enfants ne s'améliore pas.

82,2% des enfants ont une médicalisation régulière chez des médecins généralistes ou des spécialistes (pédiatre, psychiatre, psychologue, orthophoniste), est seulement 17,8% qui ne suivent pas une médicalisation régulière.

Les enfants utilisent un matériel spécifique (lunette, chaise roulante,...etc), représentent 48,9% de l'échantillon, la majorité d'entre eux (40%) utilisent des lunettes.

20% ont un régime alimentaire particulier à cause de leurs maladies, accordé par un médecin, contre 80% qui n'ont aucun régime.

La rééducation fonctionnelle est utilisée par 15,6% des enfants de notre échantillon, le but est d'améliorer l'autonomie et donc la qualité de vie des patients.

71,1% des familles interrogés, affirment d'avoir amené leurs enfants à des sorties de détente, pour les faire oublier de leurs déficiences. Ces sorties, sont des activités à haute valeur sociale, et en terme de bonne santé mentale et physique.

Plus de 66.7 % ne bénéficient pas de l'allocation forfaitaire de solidarité (AFS) alors que le dispositif légal le permettrait !, ainsi 87% des bénéficiaires de cette allocations sont insatisfaits d'elle (3000 Da).

60% des enfants ont des cartes d'invalidité, la plupart des parents, soit 90% confirment que cette carte est inutile, n'a aucun avantage et seulement 10% qui l'utilise pour bénéficier des priorités de certains services.

**Tableau N° 08 : Caractéristiques socioéconomiques des patients**

	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Sexe</b>		
Masculin	25	55,6
Féminin	20	44,4
<b>Age</b>		
De 2 à moins de 5 ans	3	6,7
De 5 à moins de 8 ans	10	22,2
De 8 à moins de 11 ans	6	13,3
De 11 à moins de 15 ans	9	20,0
De 15 à moins de 18 ans	17	37,8

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

<b>Niveau d'instruction des patients</b>		
Aucun	9	20,0
Primaire	20	44,4
Moyen	2	4,4
Ecole spécialisée	14	31,1
<b>Degré de l'inadaptation</b>		
80%	13	28,9
100%	26	57,8
Moins 80%	6	13,3
<b>Le degré de dépendance</b>		
Faible	14	31,1
Moyenne	22	48,9
Forte	9	20
<b>L'association qui prise les enfants en charge</b>		
Association Défi Seddouk	38	84,4
Association AAIMB	4	8,9
Association Défi Aokas	3	6,7
<b>Enfant est actuellement sous traitement ?</b>		
Oui	22	48,9
Non	23	51,1
<b>Enfant bénéficie d'une médicalisation régulière?</b>		
Oui	37	82,2
Non	8	17,8
<b>Matériel spécifique ?</b>		
Oui	22	48,9
Non	23	51,1
<b>Régime alimentaire particulier ?</b>		
Oui	9	20,0
Non	36	80,0
<b>Rééducation</b>		
Oui	7	15,6
Non	38	84,4
<b>Sorties, vacances</b>		
Oui	32	71,1
Non	13	28,9
<b>Allocation</b>		
Oui	15	33,3
Non	30	66,7
<b>Carte d'invalidité</b>		
Oui	27	60,0
Non	17	37,8
Sans réponse	1	2,2

Source : Résultats de notre étude

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

### 4. Cas pratique : Présentation et discussion des résultats de l'étude

Dans ce qui va suivre, nous calculons le **coût moyen mensuel** de la prise en charge d'un enfant inadapté mental. Comme il a été cité auparavant, ce coût est réparti en trois parties, le coût pour le patient, le coût public et le coût supporté par l'association

#### 4.1. Le coût pour le patient

Désigne l'ensemble des charges supporté par les familles des patients, pour répondre aux besoins de leurs enfants. On a décomposé ce coût en trois rubriques, le coût direct médical, le coût direct non médical et le coût indirect. (On en trouvera le détail des calculs à l'annexe 2).

##### 4.1.1. Coût direct médical

Représente les différentes dépenses liées directement au traitement du patient, il s'agit de frais relatifs à la consultation, médicament, radio, analyse et rééducation.

**Tableau N° 09:** Répartition des coûts direct médical pour chaque patient

Dépenses	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7
Consultation	916,66	1250	125	500	500	16,66	300
Médicament	300	280	2500	1339	1808	400	0
Radio	250	0	583,33	750	16,66	0	800
Analyse	1000	62,5	0	0	1500	0	0
Rééducation	5200	0	550	0	0	0	0
Total	7666,66	1592,5	3758,33	2589	3824,66	416,66	1100
Dépenses	Patient 8	Patient 9	Patient 10	Patient 11	Patient 12	Patient 13	Patient 14
Consultation	500	20,83	12,5	1000	925	0	500
Médicament	480	87	150	0	460	0	0
Radio	0	1416,66	1100	0	500	0	0
Analyse	0	0	375	333,33	583,33	0	0
Rééducation	0	0	9000	0	333,33	0	0
Total	980	1524,49	10637,5	1333,33	2801,66	0	500

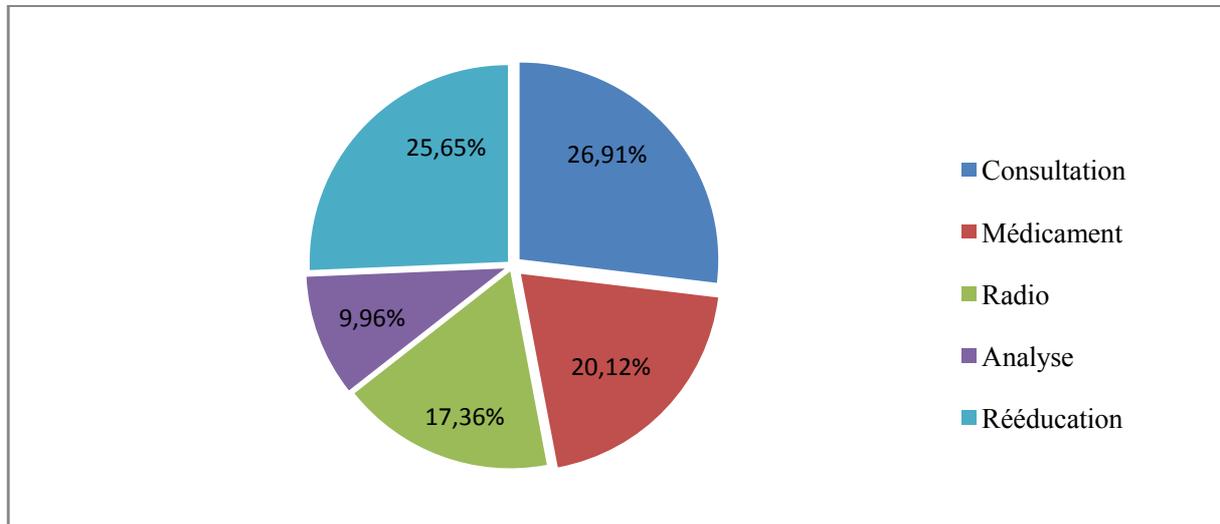
## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

<b>Dépenses</b>	<b>Patient 15</b>	<b>Patient 16</b>	<b>Patient 17</b>	<b>Patient 18</b>	<b>Patient 19</b>	<b>Patient 20</b>	<b>Patient 21</b>
<b>Consultation</b>	625	125	216,66	0	0	250	83,33
<b>Médicament</b>	271,23	0	0	0	0	750,32	0
<b>Radio</b>	0	333,33	0	0	0	0	0
<b>Analyse</b>	250	0	0	0	0	500	0
<b>Rééducation</b>	0	0	83,33	0	0	0	0
<b>Total</b>	1146,23	458,33	299,99	0	0	1500,32	83,33
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 22</b>	<b>Patient 23</b>	<b>Patient 24</b>	<b>Patient 25</b>	<b>Patient 26</b>	<b>Patient 27</b>	<b>Patient 28</b>
<b>Consultation</b>	250	1666,66	650	0	500	333,33	0
<b>Médicament</b>	150	0	0	0	0	1580	0
<b>Radio</b>	0	0	0	0	300	0	250
<b>Analyse</b>	100	0	0	0	333,33	833,33	0
<b>Rééducation</b>	0	0	0	0	0	0	2600
<b>Total</b>	500	1666,66	650	0	1133,33	2746,66	2850
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 29</b>	<b>Patient 30</b>	<b>Patient 31</b>	<b>Patient 32</b>	<b>Patient 33</b>	<b>Patient 34</b>	<b>Patient 35</b>
<b>Consultation</b>	625	0	750	375	1625	1000	125
<b>Médicament</b>	0	0	262,2	0	0	420	2666,66
<b>Radio</b>	1083,33	0	625	1000	1041,66	2083,33	0
<b>Analyse</b>	0	0	416,67	0	583,33	500	0
<b>Rééducation</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	1708,33	0	2053,87	1375	3249,99	4003,33	2791,66
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 36</b>	<b>Patient 37</b>	<b>Patient 38</b>	<b>Patient 39</b>	<b>Patient 40</b>	<b>Patient 41</b>	<b>Patient 42</b>
<b>Consultation</b>	625	500	333,33	2500	0	0	0
<b>Médicament</b>	271,23	180,08	0	437,73	0	0	1099,2
<b>Radio</b>	0	1083,33	666,66	0	0	0	0
<b>Analyse</b>	0	0	600	0	0	0	0
<b>Rééducation</b>	0	2750	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	896,23	4513,41	1599,99	2937,73	0	0	1099,2
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 43</b>	<b>Patient 44</b>	<b>Patient 45</b>	<b>Coût total</b>	<b>Coût Moy</b>	<b>En (%)</b>	
<b>Consultation</b>	1500	0	300	21524,96	478,33	26,91	
<b>Médicament</b>	0	0	200	16092,65	357,61	20,12	
<b>Radio</b>	0	0	0	13883,29	308,52	17,36	
<b>Analyse</b>	0	0	0	7970,82	177,13	9,96	
<b>Rééducation</b>	0	0	0	20516,66	455,93	25,65	
<b>Total</b>	1500	0	500	79988,38	<b>1777,52</b>	100	

Source : Résultats de notre étude.

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

**Figure N°10** : La répartition du coût direct médical



**Source** : Réalisé par nos soins à partir des données du tableau N° 09.

Dans le tableau n° 09 et la figure n° 10, qui représente la répartition du coût direct médical, nous remarquons que les frais de consultation, représentent l'essentiel des dépenses, avec près de 27 % du coût moyen, suivi par les dépenses de rééducation (25,65%).

La plus part des parents payent les frais des examens dans une clinique privée, parce que l'accès aux examens dans le secteur public implique plusieurs heures en salle d'attente, ainsi les rendez-vous accordés pour faire un examen médical (radio, analyse), sont trop long et aussi en raison de la mauvaise qualité de service qui ne réponde pas aux caractéristiques de leurs enfants, (selon les parents).

Les résultats du tableau 09 ont fait ressortir que le coût direct médical moyen est de **1777,52DA/patient/mois**. Ainsi le tableau montre que (8 personnes) interrogées n'ont rien dépensé pour la santé de leur enfant au cours des douze mois précédents, et ne se sont rendu dans aucun centre de santé, par la raison des coûts élevés, ou bien car il n'existe pas de services appropriés. Cela peut induire à une mauvaise estimation.

Pour cela on va essayer de calculer le coût direct médical moyen, on exclu ceux qui n'ont pas effectués les traitements pour leurs enfants, les résultats obtenu sont présentés comme suit :

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

**Tableau N° 10 : Répartition du coût direct médical moyen pour 37 patients**

Dépenses	Coût total (DA)	Coût moyen (DA)	Pourcentage (%)
Consultation	21524,96	581,75	26,91
Médicament	16092,65	434,94	20,12
Radio	13883,29	375,22	17,36
Analyse	7970,82	215,42	9,96
Rééducation	20516,66	554,50	25,65
<b>Total</b>	<b>79988,38</b>	<b>2161,85</b>	<b>100</b>

Source : Résultats de notre étude.

Le nouveau coût direct médical moyen passe à **2161,85 DA/patient/mois**.

### 4.1.2. Coût direct non médical

Les coûts non médicaux directs incluent toutes les ressources non médicales utilisées pour soigner les patients, Sont ceux imputables aux traitements mais qui concernent des ressources non sanitaires comme les frais de transport, restauration, matériel spécifique,...etc.

**Tableau N° 11 : Répartition du coût direct non médical**

Dépenses	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7
Matérielle spécifique	333,33	0	250	666,66	0	0	0
Régime particulier	0	2000	0	0	0	0	0
Transport	1250	100	41,66	500	26,66	133,33	100
Restaurations	208,33	0	33,33	0	0	166,66	100
Dépense quotidienne liée au patient	1280	0	1280	0	960	0	0
Sorties loisirs	250	1666,67	0	0	0	0	1333,33
Autre dépense	0	208,33	9166,66	0	0	0	416,66
<b>Total</b>	<b>3321,66</b>	<b>3975</b>	<b>10771,65</b>	<b>1166,66</b>	<b>986,66</b>	<b>299,99</b>	<b>1949,99</b>
Dépenses	Patient 8	Patient 9	Patient 10	Patient 11	Patient 12	Patient 13	Patient 14
Matérielle spécifique	0	0	583,33	666,66	625	0	0
Régime particulier	0	0	3000	1500	3000	0	0
Transport	166,66	0	100	166,66	10250	0	133,33
Restaurations	208,33	208,33	175	333,33	5425	0	100
Dépense quotidienne liée au patient	4320	1920	1500	640	4550	0	640
Sorties loisirs	1500	250	250	0	1333,33	1875	1000
Autre dépense	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>6194,99</b>	<b>2378,33</b>	<b>5608,33</b>	<b>3306,65</b>	<b>25183,33</b>	<b>1875</b>	<b>1873,33</b>

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

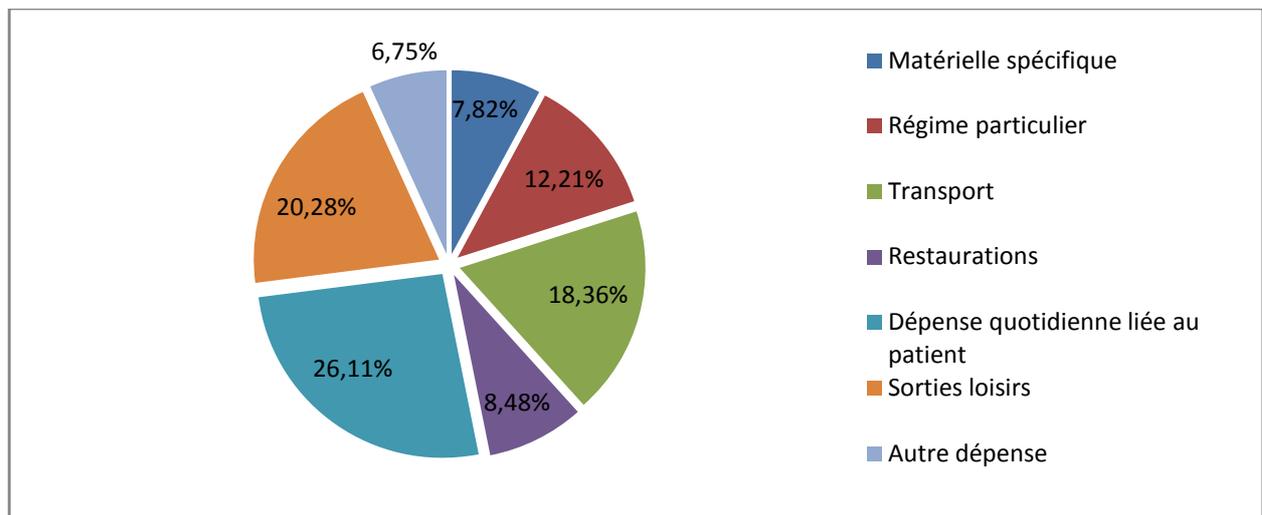
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 15</b>	<b>Patient 16</b>	<b>Patient 17</b>	<b>Patient 18</b>	<b>Patient 19</b>	<b>Patient 20</b>	<b>Patient 21</b>
<b>Matérielle spécifique</b>	666,66	541,66	583,33	0	0	500	625
<b>Régime particulier</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>Transport</b>	166,66	41,66	13,33	0	0	50	208,33
<b>Restaurations</b>	166,66	41,66	0	0	0	0	50
<b>Dépense quotidienne liée au patient</b>	1440	0	3900	800	1120	0	640
<b>Sorties loisirs</b>	750	500	350	500	1666,67	1041,67	1875
<b>Autre dépense</b>	666,66	0	0	500	0	0	0
<b>Total</b>	3856,64	1124,98	4846,66	1800	2786,67	1591,67	3398,33
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 22</b>	<b>Patient 23</b>	<b>Patient 24</b>	<b>Patient 25</b>	<b>Patient 26</b>	<b>Patient 27</b>	<b>Patient 28</b>
<b>Matérielle spécifique</b>	583,33	0	0	0	666,66	0	808,33
<b>Régime particulier</b>	0	0	0	0	0	2500	0
<b>Transport</b>	625	1333,33	433,33	0	500	5433,33	550
<b>Restaurations</b>	150	0	958,33	0	0	1666,66	541,66
<b>Dépense quotidienne liée au patient</b>	1280	3200	1120	0	0	0	0
<b>Sorties loisirs</b>	2000	2000	0	1666,66	2083,33	1500	1666,66
<b>Autre dépense</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	4638,33	6533,33	2511,66	1666,66	3249,99	11099,99	3566,65
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 29</b>	<b>Patient 30</b>	<b>Patient 31</b>	<b>Patient 32</b>	<b>Patient 33</b>	<b>Patient 34</b>	<b>Patient 35</b>
<b>Matérielle spécifique</b>	666,66	0	1833,33	583,33	416,66	0	0
<b>Régime particulier</b>	1500	0	0	0	0	3000	0
<b>Transport</b>	666,66	0	125	223,33	1708,33	1000	350
<b>Restaurations</b>	775	0	333,33	125	383,33	325	250
<b>Dépense quotidienne liée au patient</b>	640	0	960	960	0	2100	1350
<b>Sorties loisirs</b>	750	2000	1875	0	0	1000	1333,33
<b>Autre dépense</b>	0	0	0	0	0	0	533,33
<b>Total</b>	4998,32	2000	5126,66	1891,66	2508,32	7425	3816,66
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 36</b>	<b>Patient 37</b>	<b>Patient 38</b>	<b>Patient 39</b>	<b>Patient 40</b>	<b>Patient 41</b>	<b>Patient 42</b>
<b>Matérielle spécifique</b>	0	0	500	0	0	0	0
<b>Régime particulier</b>	0	0	2000	0	0	3000	0
<b>Transport</b>	833,33	316,66	266,66	266,66	0	0	1541,66

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

<b>Restaurations</b>	208,33	225	333,33	0	0	0	516,66
<b>Dépense quotidienne liée au patient</b>	0	3200	0	960	0	1600	1350
<b>Sorties loisirs</b>	333,33	0	500	0	0	500	375
<b>Autre dépense</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	1374,99	3741,66	3599,99	1226,66	0	5100	3783,32
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 43</b>	<b>Patient 44</b>	<b>Patient 45</b>	<b>Coût total</b>	<b>Coût moy</b>	<b>En (%)</b>	
<b>Matérielle spécifique</b>	1666,66	0	0	13766,59	305,92	7,82	
<b>Régime particulier</b>	0	0	0	21500	477,78	12,20	
<b>Transport</b>	2600	0	125	32346,56	718,81	18,36	
<b>Restaurations</b>	800	0	125	14933,26	331,85	8,48	
<b>Dépense quotidienne liée au patient</b>	1200	0	1080	45990	1022	26,11	
<b>Sorties loisirs</b>	0	0	0	35724,98	793,89	20,28	
<b>Autre dépense</b>	0	400	0	11891,64	264,26	6,75	
<b>Total</b>	6266,66	400	1330	176153,03	<b>3914,51</b>	100	

**Source :** Résultats de notre étude

**Figure N°11 :** Répartition du coût direct non médical



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données du tableau N° 11.

Les résultats de tableau n°11 et la figure n°11 fait ressortir que, le coût direct non médical de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux, s'élève à **3914,51DA/patient/mois**. Nous remarquons que les dépenses quotidiennes (couches,

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

transport vers les établissements de scolarisation spécialisés), occupent la part la plus importante du coût direct non médical, avec plus de 26%, suivi par les frais liés aux sorties et loisirs avec 20,28% et les frais de transport liées à l'accompagnement des patients vers des médecins ou des spécialistes avec plus de 18%, et des autres dépenses avec des taux relativement proches.

### 4.1.3. Coût indirect

On trouve dans ce coût, les pertes de revenu subis par les parents suite aux absences de travail pour l'accompagnement de leurs enfants vers des rendez-vous médicaux ou sanitaires.

**Tableau N° 12 : coût indirect**

<b>Dépenses</b>	<b>Patient 1</b>	<b>Patient 2</b>	<b>Patient 3</b>	<b>Patient 4</b>	<b>Patient 5</b>	<b>Patient 6</b>	<b>Patient 7</b>
<b>Perte de revenu</b>	212,12	113,64	0	814,39	244,32	0	568,18
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 8</b>	<b>Patient 9</b>	<b>Patient 10</b>	<b>Patient 11</b>	<b>Patient 12</b>	<b>Patient 13</b>	<b>Patient 14</b>
<b>Perte de revenu</b>	0	407,2	407,2	0	0	2083,33	0
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 15</b>	<b>Patient 16</b>	<b>Patient 17</b>	<b>Patient 18</b>	<b>Patient 19</b>	<b>Patient 20</b>	<b>Patient 21</b>
<b>Perte de revenu</b>	0	325,76	0	0	0	2083,33	1893,94
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 22</b>	<b>Patient 23</b>	<b>Patient 24</b>	<b>Patient 25</b>	<b>Patient 26</b>	<b>Patient 27</b>	<b>Patient 28</b>
<b>Perte de revenu</b>	0	606,06	0	568,18	625	1893,94	0
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 29</b>	<b>Patient 30</b>	<b>Patient 31</b>	<b>Patient 32</b>	<b>Patient 33</b>	<b>Patient 34</b>	<b>Patient 35</b>
<b>Perte de revenu</b>	151,52	568,18	795,45	0	1136,36	3409,09	0
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 36</b>	<b>Patient 37</b>	<b>Patient 38</b>	<b>Patient 39</b>	<b>Patient 40</b>	<b>Patient 41</b>	<b>Patient 42</b>
<b>Perte de revenu</b>	814,39	407,2	568,18	3787,88	81,44	0	0
<b>Dépenses</b>	<b>Patient 43</b>	<b>Patient 44</b>	<b>Patient 45</b>	<b>Coût total</b>	<b>Coût moy</b>		
<b>Perte de revenu</b>	424,24	0	113,64	25104,16	<b>557,87</b>		

**Source :** Résultats de notre étude

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

Le tableau n°12 présente la répartition du coût moyen indirect évalué à 557,87DA/patient/mois.

### 4.1.4. Résumé du coût moyen pour le patient

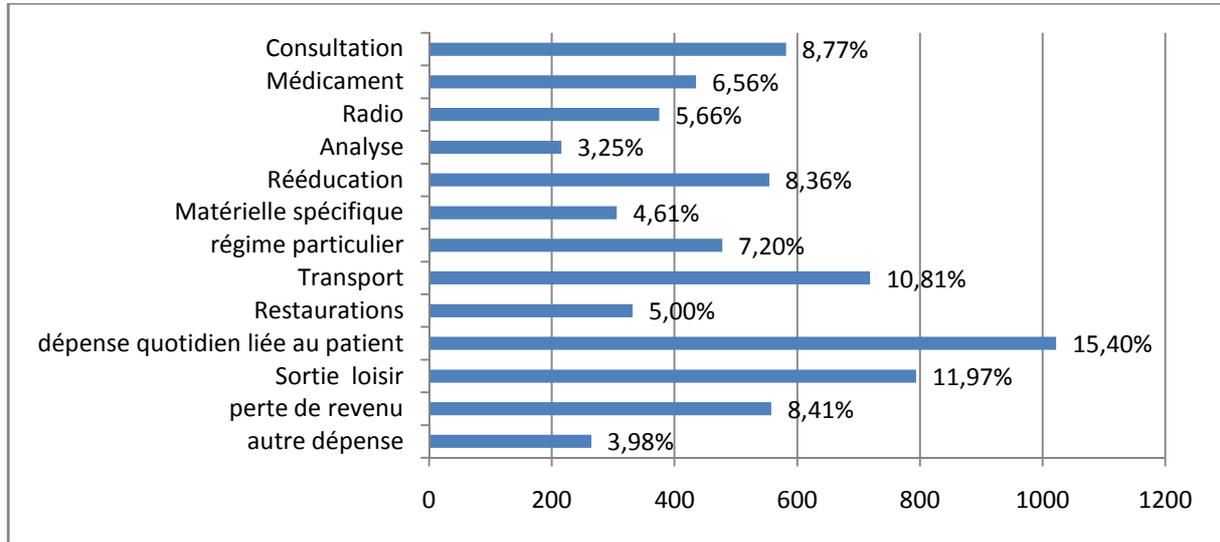
**Tableau N° 13 :** Tableau récapitulatif du coût moyen pour le patient

	Nature de coût	Coût moyen (DA)	Pourcentage (%)	Contribution dans coût moyen (%)
<b>Coût direct médical</b>	Consultation	581,75	26,91	8,77
	Médicament	434,94	20,12	6,56
	Radio	375,22	17,36	5,66
	Analyse	215,42	9,96	3,25
	Rééducation	554,50	25,65	8,36
	<b>Total</b>		<b>2161,85</b>	<b>100</b>
<b>Coût direct non médical</b>	Matérielle spécifique	305,92	7,81	4,61
	régime particulier	477,78	12,20	7,20
	Transport	718,81	18,36	10,83
	Restaurations	331,85	8,48	5,00
	Dépense quotidien liée au patient	1022	26,11	15,40
	Sortie loisir	793,89	20,28	11,97
	Autre dépense	264,26	6,75	3,98
	<b>Total</b>		<b>3914,51</b>	<b>100</b>
<b>Coût indirect</b>	Perte de revenu	<b>557,87</b>	<b>100</b>	<b>8,41</b>
<b>Total Coût privé moyen</b>	//	<b>6634,23</b>	//	<b>100</b>

Source : Résultats de notre étude

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

**Figure N°12:** La contribution de chaque un des coûts dans le coût moyen pour le patient

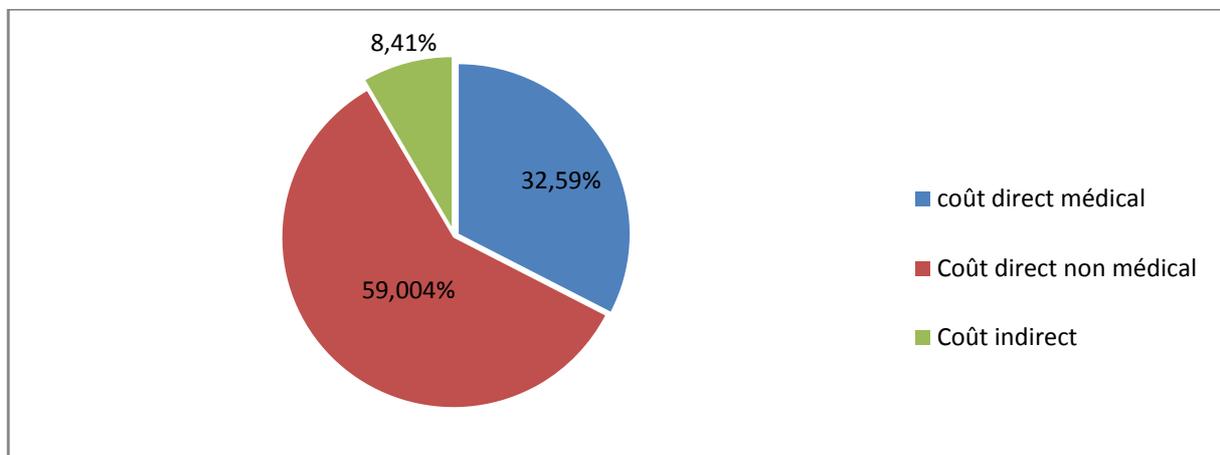


**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données du tableau N° 13.

Le tableau n°13 et la figure n°12, permettent d'identifier la contribution de chaque un des coûts de la prise en charge dans le coût moyen pour le patient, qui s'élève à **6634,23DA/patient/mois**.

La figure fait apparaitre une nette prédominance des dépenses quotidiennes qui représentent plus de 15% du coût moyen suivi par les frais liés aux sorties et loisirs avec 11,97%, les frais de transport viennent en troisième position avec 10,81%. Nous concluons que ces trois dépenses constituent les principales composantes du coût pour le patient liés a la prise en charge, puis viennent les restes des dépenses avec des taux relativement proches.

**Figure N°13 :** La répartition du coût moyen pour le patient



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données du tableau N° 13.

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

La figure n°13 fait apparaître clairement que le coût direct non médical occupe la part la plus importante du coût pour le patient avec plus de 59%. Le coût direct médical et le coût indirect arrivent en deuxième et troisième position, avec respectivement 32,59%, 8,41% du coût moyen

### Remarque

Cas particuliers non inclus dans le calcul du coût pour le patient

- Deux patients qui ont effectués des soins (opérations chirurgicales) à l'étranger l'année dernière, l'Espagne et la Tunisie. Des soins qui ont coûtés, respectivement : 678500DA et 94000 DA.
- Une famille qui support un coût lié à un service de garde pour leur enfant, avec 5000DA par mois.

### 4.2. Le coût supporté par les associations (cas de l'association « le défi Seddouk »)

Les associations des enfants handicapés supportent énormément des dépenses dans le domaine de la prise en charge de ces enfants. Donc il est important d'estimer ces dépenses afin d'avoir une image sur la contribution des associations dans la prise en charge des enfants en question. On prend comme cas l'association le défi Seddouk.

Pour calculer le coût moyen, il conviendra de diviser le coût global dépensé par l'association sur le nombre moyen des handicapés bénéficiaires d'une prise en charge. Le montant obtenu donnera le coût moyen pour chaque patient.

**Tableau N°14** : Répartition des dépenses supportées par l'association

Nature de dépense	Nombre de bénéficiaires	Coût total annuelle (DA)	Coût total mensuelle (DA)	(%)
Fourniture de bureau	346	131372,85	10947,74	5,53
Matériel bureau	346	61460	5121,67	2,59
Equipement pédagogique	72	549540	45795	23,14
Aménagement salle pédagogique	72	231000	19250	9,73
produit entretien	346	28455	2371,25	1,20
Frais téléphone et internet	346	61659,67	5138,30	2,60

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

Transport et frais parc auto	81	285585,92	23798,83	12,03
Matériel para médical	346	33088,98	2757,41	1,39
Célébration des journées	300	355373,27	29614,44	14,97
Frais d'impression et publicité	346	99935,15	8327,93	4,21
Agios	346	3276	273	0,14
Divers	346	533914,54	44492,88	22,48
Total	346	2374661,38	197888,44	100
Moyenne	274,42	8653,49	<b>721,12</b>	-

**Source :** Réalisé par nos soins à partir du bilan financier fourni par l'association le défi Saddouk, pour l'année 2016.

Les résultats du tableau montrent que le coût supporté par l'association à l'égard d'une personne handicapée est de **721,12 DA/Patient/Mois**.

La fourniture de bureau correspond à l'ensemble des outils utilisés par l'association durant l'exercice (papier, encre, article scolaire, jeux pédagogiques,...).

Dans le matériel de bureau, on trouve les différents achats des immeubles (bureau, table, chaise, armoire).

Equipement pédagogique, c'est l'ensemble des équipements acheté par l'association pour des fins pédagogiques (microordinateurs, data-chow, télévision, cartables, blouse,...).

Les frais de transport, représentent le coût supporté par l'association lors d'accompagnement des enfants handicapés vers des séances de consultation ou de rééducation.

La célébration des journées concerne trois journées annuellement, 14 mars journée nationale de l'handicap, 01juin journée mondiale de l'enfance et le 03 décembre journée internationale des PSH, où l'association organise des programmes riches au profit des enfants handicapés et leurs familles (conférences, expositions, distributions des matériels orthopédiques,...).

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

Dans les frais diverses, on trouve le versement d'une partie pour le projet de mise en place d'un centre d'aide et d'insertion professionnelle pour personnes en situation de handicap et le paiement des autres dépenses imprévues.

Il faut signaler ici que les activités de l'association ne se limitent pas dans celle déjà mentionnées, il y a d'autres dépenses qui ne sont pas comptabilisées dans le bilan, relative aux dons des bienfaiteurs (entreprises, citoyens, collectivités locales), destinée au PSH, où l'association joue le rôle d'intermédiaire.

Certains de ces bienfaiteurs payent les salaires pour quelques fonctionnaires au sein de l'association, d'autres offrent une aide matérielle (matériels orthopédiques et sensoriels, couvertures, couches,...), ainsi que, ces bienfaiteurs prennent en charge les frais des différents sorties.

A titre d'exemple, une sortie de détente qui a été faite l'été de 2016 au profit de 400 personnes (PSH et leurs familles). Cette sortie est financée par des bienfaiteurs avec un coût de 372000 DA.

**Tableau N° 15 : Répartition du coût de la sortie**

N°	Désignation	Quantités	Prix unitaire (DA)	Total (DA)
01	Restauration : (Repas, Eau minérale, Jus et Dessert)	400	400	160 000
02	Assurance voyage 24 h	400	30	12000
03	Casquettes	400	150	60 000
04	Teeshirt	400	350	140 000
05	Transport	10	0	0
<b>Total</b>				<b>372 000</b>

Source : Association le défi Seddouk, 2017

### 4.3.Le coût public

Représente les différents programmes mis en place par l'état, ciblant les enfants handicapés, sous une forme ou une autre. Ces programmes concernent les services de santé, l'éducation et l'enseignement spécialisés, les prestations d'assurance sociale et les allocations

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

d'aide sociale. Ce coût sera subdivisé en deux parties, le coût supporté par les centres psycho-pédagogiques, le coût supporté par la direction de l'action sociale de la wilaya.

### 4.3.1. Coût supporté par les centres psycho-pédagogiques

Le centre psycho-pédagogiques (CPP) est un service destiné à aider les enfants inadapté mentaux, dans les domaines scolaires, médicaux, sociaux et éducatifs. Le CPP d'Ihaddaden couvre les besoin de 75 enfants inadaptés mentaux, et composé d'une équipe pluridisciplinaire de 37 fonctionnaires (personnels administratifs, personnels de l'éducation, des psychologues, une orthophoniste, une assistante sociale et un médecin).

Le budget de l'établissement est constitué de 29899000 DA répartis comme suit :

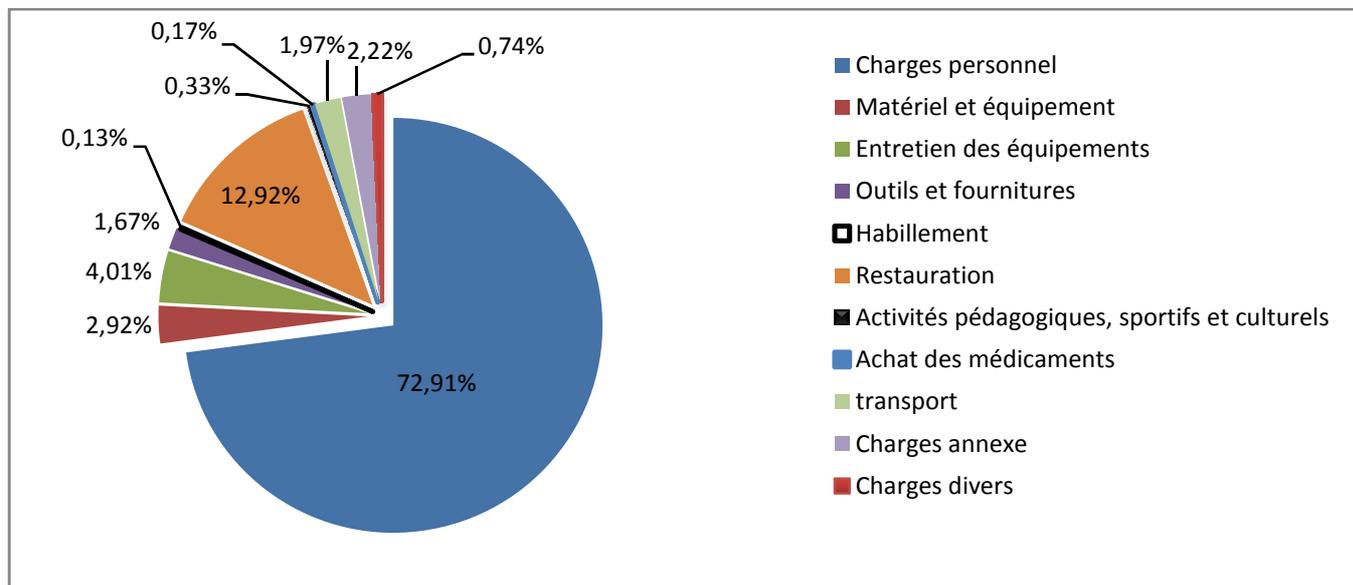
**Tableau N° 16 : Répartition des coûts supportés par le centre psycho-pédagogiques**

Désignation	Coût annuel (DA)	Coût mensuel (DA)	Pourcentage (%)
Charges personnel	21800000	1816666,67	72,91
Matériel et équipement	872000	72666,67	2,92
Entretien des équipements	1200000	100000	4,01
Outils et fournitures	500000	41666,67	1,67
Restauration	3864000	322000	12,92
Habillement	40000	3333,33	0,13
Activités pédagogiques, sportifs et culturels	100000	8333,33	0,34
Achat des médicaments	50000	4166,67	0,17
Transport	590000	49166,67	1,97
Charges annexe	663000	55250	2,22
Charges divers	220000	11666,67	0,74
<b>Total</b>	<b>29899000</b>	<b>2491583,33</b>	<b>100</b>
Nombre d'enfants pris en charge	75		
<b>Coût moyen/enfant</b>	<b>398653,33</b>	<b>33221,11</b>	-

**Source :** Réalisé par nos soins à partir du données fournies par le centre psycho-pédagogiques d'Ihaddaden, concernant le budget de l'année 2016.

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

**Figure N°14 :** Répartition des coûts supportés par le centre psycho-pédagogiques



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données du tableau N° 16.

Dans le tableau n° 16, et la figure n°14, qui représente le coût de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux au niveau des CPP, évalué à **33221,11 DA/patient/mois**. Nous remarquons que les charges personnelles occupent le gros des coûts dans la prise en charge avec plus de 72%. Ces charges ne constituent pas que des salaires des fonctionnaires mais aussi les cotisations d'assurance sociale (23,75%), les cotisations chômage (1%), caisse de logements sociaux (0,5%),...etc.

La restauration vient en deuxième position avec 12,92% des dépenses, suivi des dépenses pour l'entretien des équipements (4,01%) et des autres dépenses avec des taux relativement proches.

### 4.3.2. Coût supporté par la direction de l'action sociale et de solidarité (DASS)

La DASS est chargée d'encadrer la mise en œuvre du dispositif d'aide et de soutien direct en faveur des catégories sociales démunies et/ou handicapées

Le tableau suivant représente le coût des différents avantages accordés par la DASS de Bejaia aux enfants titulaires de la carte de l'handicap, en mois d'avril 2017.

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

**Tableau N° 17 : Répartition des coûts supportés par la DASS**

Désignation	Nombre d'enfants bénéficiant	Montant	Montant par enfant
AFS	115	345000	3000
Cotisation CNAS	115	124000	1078,26
Assurance handicapé	183	164700	900
<b>Total</b>	-	633700	<b>4978,26</b>

**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données fournées par la DASS de Bejaia, avril 2017

Le tableau n°17 montre que le coût supporté par la DASS en faveur des enfants handicapés s'élève à **4978,26 DA/enfant/mois**

L'allocation forfaitaire de solidarité (AFS), est octroyée aux catégories sociales les plus défavorisées, Elle est fixée à **3000 DA/mois**. Parmi ces catégories les Personnes handicapées moins de 18 ans vivant dans une famille à faible revenu. La wilaya de Bejaia compte au totale environ **1366** enfants handicapés qui ont une carte handicap<sup>1</sup>, ce chiffre par rapport à ceux qui bénéficient de l'allocation forfaitaire reste critiquable (8,41%).

Ainsi cette allocation est insuffisante pour couvrir les dépenses liées aux besoins supplémentaires estimés dans la première partie à **6634,23DA/mois**

115 enfants titulaires de la carte handicap ont une couverture sociale auprès de la CNAS avec un coût 1078,26 DA/mois /enfant.

Pour l'assurance de 183 enfants handicapés, la DASS support, un coût mensuel de 164700 DA, c'est-à-dire 900 DA pour chaque enfant.

### 5. Obstacles et limites de l'étude

L'estimation proposée dans cette étude reste approximative puisqu'elle ignore certains coûts à cause de quelques difficultés

- ✓ Coût supporté par l'hôpital ;
- ✓ L'effort non rémunéré des personnels bénévoles qui participent à la prise en charge de ces enfants ;
- ✓ Les dépenses engagées par les bienfaiteurs pour aider les personnes handicapés.

<sup>1</sup> Direction de l'action sociale et de solidarité de la Wilaya de Bejaia (DASS), avril 2017

## Chapitre IV : Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux

---

La réalisation de ce travail, particulièrement la collecte des données, nous a demandé beaucoup de détours. Ainsi durant l'année, on a eu surmonté beaucoup de difficultés :

- ✓ Le manque de disponibilité de certain organisme, ce qui a entraîné une perte de temps considérable.
- ✓ L'inexistence de travaux empiriques portant sur l'évaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux, à laquelle on peut se référer et comparer.
- ✓ Le non-respect des rendez-vous fixés pour les entretiens, par certaines familles.
- ✓ Le faible taux de réponses aux questionnaires distribués
- ✓ L'insuffisance du temps pour mener à bien l'enquête surtout que notre thème de recherche exige suffisamment de temps.

### Conclusion

Dans ce chapitre on a essayé d'identifier les différents coûts dépensés pour la prise en charge des enfants inadaptés mentaux et de faire une synthèse et un classement, des grands organismes qui participent dans cette prise en charge.

Les résultats de la recherche montrent que les familles des enfants handicapés supportent, des dépenses supplémentaires, liés à l'handicap de leurs enfants, ces dépenses sont évalué à **6634,23DA/patient/mois**, la part la plus importante de ces dépenses (59%) est due au coût direct non médical, ceci constitué un vrai fardeau dans les dépenses engagé par les familles.

Ainsi, on a constaté que le mouvement associatif joue un rôle très important dans la prise en charge des enfants inadaptés mentaux, par des actions collectives et bénévoles, le coût de ces actions est évalué à **721,12 DA/patient/mois**.

L'état prend en charge la plus grand part des dépenses dans la prise en charge des enfants inadaptés mentaux, notamment le coût supporté par le centre psycho-pédagogique, qui s'élève à **33221,11 DA/patient/mois**, à coté du coût supporté par la DASS, évalué à **4978,26 DA/patient/mois**.



Conclusion  
générale

## Conclusion générale

---

Les enfants concernés par le handicap mental font l'objet de mesures particulières et bénéficient d'orientation vers des structures d'éducation spécialisée, leur situation personnelle étant altérée par ce que suscite la déficience mentale, à savoir une dépendance relationnelle, une atteinte de leur autonomie, une spécificité de leur trajectoire scolaire puis professionnelle.

Pour améliorer la situation de ces enfants, une prise en charge dit plus que nécessaire, doit être mis en place. Néanmoins cette prise en charge impose des coûts éminents et considérables pour les familles de ces enfants et pour les autorités publics concernés, qui ont fixé comme objectif, l'amélioration de l'état de santé de la population tout en parvenant à maîtriser les dépenses.

C'est pourquoi le recours à l'évaluation économique devrait être une pratique répandue dans ce domaine.

Dans ce travail, nous avons réalisé une estimation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux qui représente plus de 80% de la population d'enfants handicapés.

En effet, La présente recherche comportait comme objectif, l'identification et l'estimation des coûts supportés par les différents organismes qui participent à la prise en charge de ces enfants. Nous avons déduis trois coûts distingués : les coûts supplémentaires engagés par les familles des enfants handicapés (le coût pour le patient), les coûts supportés par une association à bute non lucratif et les coûts engagés par l'Etat (coût public). Nous récapitulerons nos principaux résultats dans ce qui suit.

Concernant le coût pour le patient, le coût moyen s'élève à **6634,23DA/patient/mois**, pour le coût de l'association, le coût moyen s'élève à **721,12 DA/Patient/Mois**, enfin pour le coût public le coût moyen est réparti en deux rubriques le coût supporté par le centre psychopédagogique, qui s'élève à **33221,11 DA/patient/mois** et le coût supporté par la DASS, évalué à **4978,26 DA/patient/mois**.

Notre étude est basée beaucoup plus sur le coût pour le patient et elle montre que l'enfant handicapé induit des dépenses supplémentaires, liées à un équipement, un traitement ou des besoins supplémentaires, une famille où il y a une personne handicapée va avoir beaucoup de dépense. La présence d'une personne handicapée dégrade la situation économique et financière d'un foyer. L'aide financière accordée par l'état pour les familles ayant un enfant inadapté qui est constituée par l'AFS reste insuffisante et elle ne couvre pas

## Conclusion générale

---

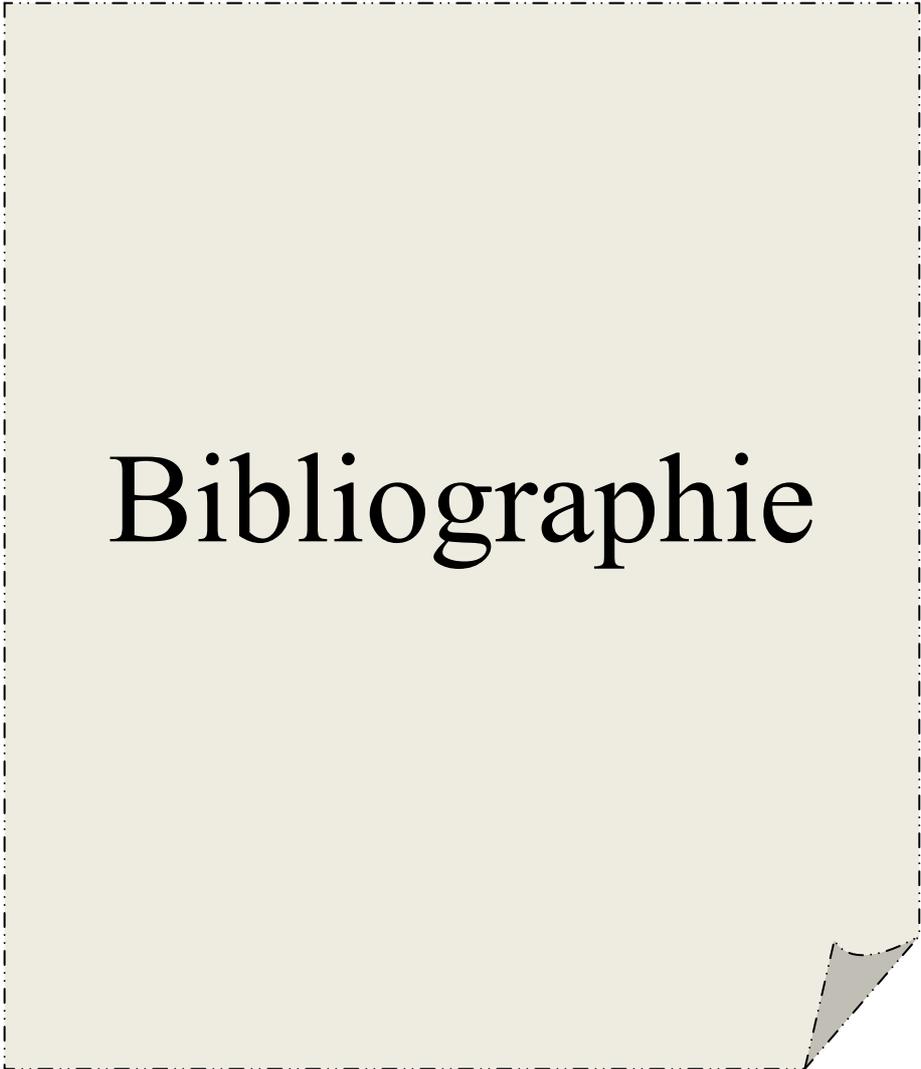
l'intégralité de dépenses supplémentaires supportées par ces familles. Donc Il faut envisager une réforme de cette allocation.

En dehors des informations fournies sur la nature et les montants des dépenses effectuées, les parents ont exprimé leur insatisfaction à l'égard des organismes de services. Par exemple, certains mentionnent le manque d'information, la complexité des démarches, le temps et l'énergie qu'ils doivent mettre pour obtenir des services (qui ne sont jamais comptabilisés ni reconnus) et la diversité des critères d'accès. À ces réalités s'ajoutent les tâches quotidiennes liées aux besoins particuliers des enfants, qui ont parfois pour conséquence des abandons d'emploi ou des pertes de jours de travail.

Bien que l'étude soit en l'état imparfaite, notamment en ignorant certains coûts, elle a permis néanmoins de mettre en évidence l'impact économique considérable de la prise en charge de cette maladie.

Cette étude n'est qu'une première étape qui nécessite d'être poursuivie pour étudier non seulement les questions qui ne sont pas abordées par notre étude à cause du temps restreint, mais aussi celles qui sont apparues au cours de la réalisation de cette recherche à savoir ;

- ✓ Une évaluation plus détaillée et approfondie des coûts publics.
- ✓ Prendre plusieurs cas d'association qui travaillent dans ce domaine à travers le territoire national.
- ✓ Etudier les personnes handicapées âgées qui ont d'autres besoins plus importants et plus compliqués.
- ✓ Faire des études comparatives avec celle qui se font dans d'autres pays dans le sens de la prise en charge des handicapés.
- ✓ Compléter cette étude, par des études socio-psychologiques et médicales.



# Bibliographie

## BIBLIOGRAPHIE

### ❖ Ouvrages

- Aussilloux C, Baghdadli A: « L'enfant handicapé : orientation et prise en charge », Masson, 2008
- CASTIEL Didier : « le calcul économique en santé : méthodes et analyses critiques », ENSP, 2004
- Chauvin P., Josselin J-M., Grolier J., Heresbach D, « bases théoriques des études coût-efficacité en médecine », Springer-Verlag, France 2010.
- DRUMMOND MF, O'BRIEN BJ, STODDART GL, TORRANCE GW : « Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé », 2ème édition, Economica, Paris, 1998
- Duru G, Beresniak A : « Economie de la santé : connaissances et pratiques », 5<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris, 2001
- GUIDETTI Michèle, TOURETTE Catherine : « Handicaps et développement psychologique de l'enfant », édition Nathan, Paris, 1999
- HAMONET Claude : « les personnes en situation de handicap », 7<sup>ème</sup> Edition, puf, paris, 2012
- JEANNE P., LAURENT J.P : « Enfants et adolescents handicapés : Pour une prise en charge qualitative du handicap », édition ESF, Paris, 1998
- L'ABBE Yvon, LESPINASSE James, LABINE Robert, et al : « Handicaps et retards de développement : prévention et intervention précoce », Montréal : Béliveau, 2010
- LEVY E, POUVOURVILL G : « guide méthodologique pour l'évaluation économique des stratégies de santé », collège des économistes de la santé, Paris, 2003
- Levy P : « l'évaluation économique des maladies chroniques », LEGOS, Paris, 2007.
- LIBERMAN Romain : « handicap et maladie mentale », 8<sup>ème</sup> édition, puf, paris, 2011
- MANCIAUX Michel, TERRENOIRE Gwen : « les personnes handicapées mentales : éthique et droit », édition, fleurs, paris, 2004

### ❖ Articles et rapports

- Communication de la Plateforme des ONG Algériennes pour la Mise en Œuvre de la CRDPH – Fédération Algérienne des Personnes Handicapées. Alger, 2011

- Fédération algérienne des personnes handicapées Rapport national soumis en accord avec le conseil des droits de l'homme : Algérie. Genève: ONU, 2008.
- Handicap international, état de lieux sur la mise en œuvre de l'Article 9 de la CRDPH en Algérie, 2012
- L'institut national de la santé et de la recherche médicale, (INSERM), « Déficiences et handicaps d'origine périnatale : Dépistage et prise en charge », 2004
- LAUNOIS Robert : « un coût, des coûts, quels coûts ? », journal d'économie médicale, N 1, 1999, p 2.
- Michael Trisolini M, et al : « Coût économique global de la sclérose en plaques », RTI international. Research Triangle Park, NC 27709, USAP, 2011
- OMS, rapport mondial sur le handicap, 2011
- OMS, rapport mondial sur le handicap, 2012
- OMS, « Economie de la santé : Principes d'évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales », Genève, Juillet 2003
- Unicef, Résumé rapport : « la situation des enfants dans le monde : les enfants handicapés », 2013

#### ❖ Mémoires et thèses

- ABDESSAMED Nadir : «apport du suivi médical dans la prise en charge des personnes handicapées sensorielles », Mémoire pour obtenir un diplôme de post graduation spécialisé en travail social et pratique professionnelle : sciences sociales et humaines : Université Mentouri, Constantine, 2008
- GUERTIN J-R, « recherche économique en santé cardiovasculaire », mémoire d'obtention de grade maitre en science, Université de Montréal, 2010
- GUESSAIBIA Nadia : « Etude génétique du retard mental familial non spécifique », Thèse de Doctorat : Sciences Biologiques : Université Mouloud MAMMERI, Tizi ouzou, 2012
- IDRES T: « L'évaluation économique des coûts du cancer : Essai d'estimation du coût des soins du cancer du sein à un stade métastatique au CPMC », mémoire d'obtention du diplôme de Master en science économiques option : Economie de la santé, Université de Bejaia, 2013.
- MOURI M-O : « Essai d'évaluation économique des médicaments de l'hypertension

artérielle, cas de CHU de Sétif et de la médecine ambulatoire de Bejaia », mémoire de magister : sciences économique : Université A.Mira, Bejaia 2009.

❖ **Site internet**

- [www.ciddef-dz.com](http://www.ciddef-dz.com)
- [www.droitdelhomme.over-blog.com](http://www.droitdelhomme.over-blog.com)
- [www.faire-face.fr](http://www.faire-face.fr)
- [www.humanium.org](http://www.humanium.org)
- [www.lexeco.free.f](http://www.lexeco.free.f)
- [www.un.org](http://www.un.org)
- [www.unapei.org](http://www.unapei.org)
- [www.who.int](http://www.who.int)

❖ **Lois et décrets**

- Journaux officiels de la république algérienne démocratique et populaire, 1983, 1989, 2003, 2006, 2008
- La loi 83-11 du 2 juillet 1983
- La loi 02-09 du 8 mai 2002
- Décret exécutif n°07-340 du 31 octobre 2007
- Décret-exécutif 08-02 du 2 janvier 2008
- Décret exécutif n°08-83 du 4 mars 2008
- Décret exécutif n°14-214 publié en juillet 2014

# Annexes

## Annexe 1 : Questionnaire



### Questionnaire

#### Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux dans la wilaya de Bejaia

- Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un **mémoire de master en économie appliquée**
- Le questionnaire s'adresse aux familles des enfants inadaptés mentaux de la wilaya de Bejaia.
- Les informations recueillies contribuent à caractériser les besoins (**sanitaire, éducative, sociale**), et la situation de ces enfants, ses déterminants, ses **coûts directs et indirects**
- Les informations que vous rapporterez dans ce questionnaire seront totalement **confidentielles** et traitées de façon **anonyme** ; elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.
- Nous vous prions de remplir ce questionnaire avec le plus d'objectivité possible, et ce afin de ne pas « fausser » les résultats de la recherche.

Merci pour votre collaboration.

#### I / Données personnelles de la famille :

##### 1. Sexe :

Masculin  Féminin

##### 2. Age :

De 25 à 30 ans

De 30 à 40 ans

De 40 à 50 ans

De 50 à 60 ans

##### 3. niveau d'instruction :

Aucun  Primaire  Moyen

Secondaire(Lycée)  Universitaire

#### 4. statut professionnel :

Fonctionnaire  ouvrier

Retraité  Médecin  Chômeur

Activité libérale  Enseignant

Autre..... (Préciser)

#### 5. La situation matrimoniale (familiale) :

Marié  Célibataire

Divorcé  Veuf (ve)

**6. Lien de famille : l'enfant inadapté mental est votre :**

- Fils (ou fille)   
Frère (sœur)   
Fils (ou fille) de votre frère   
Fils (ou fille) de votre fils   
Fils (ou fille) d'un proche   
Fils (ou fille) d'un ami   
Autre  .....(Préciser)

**7. Le nombre d'enfant : ..... (Préciser).**

**8. le nombre d'enfants inadaptés mentaux ?..... (Préciser).**

(En cas de plus d'un enfant, veuillez remplir un questionnaire pour chaque enfant).

**9. Quel est en moyenne, votre revenu mensuel net ?**

- Moins De 10 000 Da   
De 10 000 A Moins 18 000 Da   
De 18 000 A Moins 25 000 Da   
De 25 000 A Moins 35 000 Da   
De 35 000 A Moins 45 000 Da   
De 45 000 A Moins 55 000 Da   
De 55 000 et plus

**10. Quel est le nombre de personne qui sont aujourd'hui à votre charge ?**

.....personnes (Préciser le nombre)

**11. Etes vous assurés ?**

Oui  Non

**12. Si oui dans quelle caisse ?**

CNAS  CASNOS

**13. Si vous êtes assurés, quel est votre niveau de couverture assurance ?**

80%  100%

**II / Données personnelles du patient :**

**14. sexe :**

Masculin  Féminin

**15. Age**

02 à 05 ans

05 à 08 ans

08 à 11 ans

11 à 15 ans

15 à 18 ans

**16. Niveau d'instruction**

Aucun  Primaire

Moyen  Ecole spécialisé

**17. Le degré de l'inadaptation**

80%  100%

**18. Le degré de dépendance**

Faible  Moyenne  Forte

**III / Prise en charge sociale**

**19. comment vous avez découvert l'handicape de votre enfant ?**

.....  
.....

**Et à quel âge ?..... (Préciser)**

**20. Quel est la cause de ce handicap ?**

.....  
..... (Préciser)

**21. avez-vous accepté ce handicap**  
Facilement  Difficilement

Pas du tout

**22. Avez-vous inscrit votre enfant dans un centre ou établissement spécialisé ?**

Oui  Non

Si oui, lequel ?.....

Et en quel âge ?.....

Si non, pourquoi ?.....

**23. Avez-vous une prise en charge total de ce centre ?**

Oui  Non

**24. Le centre vous assure :**

Consultation  Scolarisation

Restauration  Réadaptation

Hébergement  Transport

Accompagnement psychologique

**25. Depuis que votre enfant est inscrit dans le centre avez-vous remarqué une amélioration de sa situation ?**

Oui  Non

**26. quel type d'amélioration ?**

Votre enfant est devenu indépendant

Il sait lire et écrire

Il communique mieux

Son état de santé est amélioré

**27. Votre enfant réalise-t-il les activités suivantes :**

(Veuillez mettre une étoile (\*) dans la case correspondante)

	Sans difficulté	Avec difficulté	Ne peut réaliser cette activité
S'alimente			
S'habille			
Fait sa toilette			
Se déplace (mobilité)			
Communique			
Établit des liens amicaux (contact avec les autres)			
S'oriente lors de sorties ou Déplacements			

#### IV/ Coût sur l'enfant

**28. Combien vous coûte en moyenne les besoin de votre enfant quotidiennement:**

Transport.....Da Couche..... Da

Autres..... (Préciser) .....Da

**29. Votre enfant est actuellement sous traitement ?**

Oui

Non

**30. Si oui, quels sont les médicaments qui vous sont prescrits ?**

Médicament (marque+dosage)	Forme (sirop, comprimés...)	Prix

**31. Est-ce que votre enfant bénéficie d'une médicalisation régulière ?**

Oui  Non

**32. Au cours des 12 derniers mois, votre suivi s'est effectué chez :**

Un médecin généraliste privé   
Combien de fois ?..... (Préciser)

Un médecin spécialiste   
Combien de fois ?..... (Préciser)

Hôpital   
Combien de fois ?..... (Préciser)

**33. en moyenne, combien dépensez-vous à chaque consultation ?**

Consultation.....Da. Médicament.....Da

Radios .....Da. Restauration.....Da

Hébergement .....Da. Transport.....Da

Analyse .....Da

**34. Pendant les 12 derniers mois, avez-vous déplacé hors wilaya pour une expertise, des analyses, et/ou des radios :**

Oui  Non

**Si oui, dans quelle(s) wilaya(s) ?**

..... (Précisez)

**Combien de fois ?** .....(Précisez)

**35. Combien cela vous à coûté en moyenne pour un déplacement ?**

Consultation.....Da. Médicament .....Da

Transport .....Da. Restauration.....Da

Hébergement.....Da. Radios .....Da

Analyse .....Da

**36. Est-ce que votre enfant a effectué des soins à l'étranger ?**

Oui  Non

**Si oui, dans quel pays ?**

..... (Précisez)

**Combien de fois ?** ..... (Précisez)

**37. Combien cela vous à coûté en moyenne pour un déplacement ?**

Consultation.....Da. Médicament .....Da

Transport .....Da. Restauration.....Da

Hébergement.....Da. Démarche ..... Da

Radios .....Da. Analyse ..... Da

**38. votre enfant utilise-t-il un matériel spécifique à cause de son handicap ?**

Oui  Non

**39. Veuillez indiquer quels matériels ou prothèses :**.....

**40. Comment vous avez acquis ce matériel ?**

Acheter par vous-même.

Ça vous à coûtée combien ?..... Da

Donnez par quelqu'un.

..... (Précisez)

**41. Est-ce que vous recevez une indemnisation de la part de l'assurance ?**

Oui  Non

**42. Si oui veuillez préciser les montants qui vous sont remboursés par la sécurité sociale :**

Consultation ..... Da

Médicament ..... Da

Analyse et radio..... Da

Matériels et prothèse..... Da

**43. Avez-vous déjà eu un arrêt de travail à cause de la maladie de votre enfant ?**

Oui  Non

**Si oui combien de fois par année ?**  
..... (Précisez)

**Et, pour combien de journées a chaque fois ?**..... (Précisez)

**44. Avez-vous déjà eu des absences de travail à cause de la maladie de votre enfant ?**

Oui  Non

**Si oui, pour combien de journées par année ?**..... (Précisez)

**45. Avez-vous, des proches qui vous aident dans l'accompagnement de l'enfant ?**

Oui  Non

**Pour quelles contributions ?**

En argent..... Da

En temps..... H/jour

En efforts ..... (Précisez)

**46. Avez-vous recours à un service de garde pour cet enfant ?**

Oui  Non

**Si oui, combien d'heures et de jours semaine ?**

Heures par jour : ..... (Préciser)

Jours par semaine : ..... (Préciser)

**Combien cela vous à coûté par semaine ?** ..... Da

**47. Votre enfant doit il suivre un régime alimentaire particulier ?**

Oui  Non

**Si oui, ça vous coûte combien pour un mois ?** ..... Da

**48. Emmenez-vous votre enfant à des séances de rééducation ?**

Oui  Non

**Si oui combien de séances par année ?**  
.....(Précisez)

**En moyenne, combien dépensez-vous à chaque séance ?**

Rééducation..... Da. Transport ..... Da

Restauration..... Da. Autre..... Da

**49. Emmenez-vous votre enfant au sorties (Vacances, voyages,...)**

Oui  Non

**Si oui, combien de fois par an?**  
..... (Précisez)

**Et combien cela vous coutez moyennement pour une sorties?**..... Da

**50. Combien dépensez-vous mensuellement sur votre enfant ?**  
.....Da

**51. Est-ce que vous trouvez des difficultés financières pour les dépenses de votre enfant ?**

Oui  Non

**52. Est-ce que vous recevez une allocation suite à l'handicap de votre enfant ?**

Oui  Non

**53. Si oui quelles sont ces allocations ? (préciser les montants)**

- APC. Montant .....Da
- Associations. Montant ..... Da
- DASS(AFS). Montant ..... Da
- Autre ..... (Préciser)

**54. Etes-vous satisfait de cette allocation**

Oui  Non

**Et vous proposez combien.....Da**

**55. Votre enfant à une carte d'invalidité ?**

Oui  Non

**Si oui, quel sont les avantages obtenus de cette carte ?**

.....  
.....  
.....

**56. Au cours de la dernière année, avez-vous dépensé d'autres sommes que celles déjà mentionnées pour répondre aux besoins de votre enfant qui présente une déficience ? (Inscrire le montant et le motif)**

Motif	Montant
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

## Annexe 2 : Détail des calculs du coût privé

### 1. Coût direct médical

#### 1.1. Consultation

Patients	Nombre de visites/ an			Prix	Coût Moy mensuel	visites hors wilaya/an			Total consultation
	Généraliste	Spécialiste	Hôpital			Nombre de visites	Prix	Coût Moy mensuel	
Patient 1	0	6	0	1500	750	1	2000	166,67	916, 67
Patient 2	15	0	0	1000	1250	0	0	0	1250
Patient 3	0	1	0	1500	125	0	0	0	125
Patient 4	0	4	0	1500	500	0	0	0	500
Patient 5	0	4	0	1500	500	0	0	0	500
Patient 6	0	0	4	0	16,67	0	0	0	16, 67
Patient 7	0	3	0	1200	300	0	0	0	300
Patient 8	0	5	0	1200	500	0	0	0	500
Patient 9	0	0	5	0	20,83	0	0	0	20,83
Patient 10	0	0	3	0	12,5	0	0	0	12,5
Patient 11	0	8	0	1500	1000	0	0	0	1000
Patient 12	0	5	0	1500	625	72	50	300	925
Patient 13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 14	0	4	0	1500	500	0	0	0	500
Patient 15	0	5	0	1500	625	0	0	0	625
Patient 16	0	1	0	1500	125	0	0	0	125
Patient 17	0	2	0	1300	216,667	0	0	0	216, 67
Patient 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 20	0	3	0	1000	250	0	0	0	250
Patient 21	0	1	0	1000	83,33	0	0	0	83,33
Patient 22	0	3	0	1000	250	0	0	0	250
Patient 23	0	20	0	1000	1666,67	0	0	0	1666,67
Patient 24	0	4	6	1500	525	1	1500	125	650
Patient 25	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 26	0	4	0	1500	500	0	0	0	500
Patient 27	4	0	0	1000	333,33	8	0	0	333,33
Patient 28	0	10	0	0	0	2	0	0	0
Patient 29	0	5	0	1500	625	1	0	0	625
Patient 30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 31	0	5	0	1800	750	0	0	0	750
Patient 32	0	2	0	1500	250	1	1500	125	375
Patient 33	0	10	0	1200	1000	5	1500	625	1625
Patient 34	0	8	0	1500	1000	1	0	0	1000
Patient 35	0	1	0	1500	125	1	0	0	125

<b>Patient 36</b>	0	5	0	1500	<b>625</b>	0	0	<b>0</b>	<b>625</b>
<b>Patient 37</b>	0	4	0	1500	<b>500</b>	1	0	<b>0</b>	<b>500</b>
<b>Patient 38</b>	0	4	0	1000	<b>333,33</b>	0	0	<b>0</b>	<b>333,33</b>
<b>Patient 39</b>	0	20	0	1500	<b>2500</b>	0	0	<b>0</b>	<b>2500</b>
<b>Patient 40</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 41</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 42</b>	0	6	0	0	<b>0</b>	1	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 43</b>	2	4	0	1500	<b>750</b>	6	1500	<b>750</b>	<b>1500</b>
<b>Patient 44</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 45</b>	3	0	0	1200	<b>300</b>	0	0	<b>0</b>	<b>300</b>
<b>Coût total</b>	-	-	-	-	<b>19433,33</b>	-	-	<b>2091, 67</b>	<b>21524,96</b>
<b>Coût moyen /patient</b>	-	-	-	-	<b>431,85</b>	-	-	<b>46,48</b>	<b>478,33</b>

## 1.2. Médicament, radio et analyse

<b>Patients</b>	<i>Médicament</i>	<i>radio</i>				<i>Analyse</i>			
	<i>Coût médicament/ mois</i>	Nombre de radios /an	Prix moy	coût annuel	<i>Coût moy/ mois</i>	Nombre d'analyses /an	Prix moy	coût annuel	<i>Coût moy/ mois</i>
<b>Patient 1</b>	<b>300</b>	1	3000	3000	<b>250</b>	4	3000	12000	<b>1000</b>
<b>Patient 2</b>	<b>280</b>	0	0	0	<b>0</b>	3	250	750	<b>62,5</b>
<b>Patient 3</b>	<b>2500</b>	1	7000	7000	<b>583,33</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 4</b>	<b>1339</b>	2	4500	9000	<b>750</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 5</b>	<b>1808</b>	4	50	200	<b>16, 67</b>	4	4500	18000	<b>1500</b>
<b>Patient 6</b>	<b>400</b>	0	0	0	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 7</b>	<b>0</b>	3	3200	9600	<b>800</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 8</b>	<b>480</b>	0	0	0	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 9</b>	<b>87</b>	5	3400	17000	<b>1416,67</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 10</b>	<b>150</b>	3	4400	13200	<b>1100</b>	3	1500	4500	<b>375</b>
<b>Patient 11</b>	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>	2	2000	4000	<b>333, 33</b>
<b>Patient 12</b>	<b>460</b>	5	1200	6000	<b>500</b>	2	3500	7000	<b>583, 33</b>
<b>Patient 13</b>	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 14</b>	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 15</b>	<b>271,23</b>	0	0	0	<b>0</b>	2	1500	3000	<b>250</b>
<b>Patient 16</b>	<b>0</b>	1	4000	4000	<b>333,33</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 17</b>	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 18</b>	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 19</b>	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 20</b>	<b>750,32</b>	0	0	0	<b>0</b>	3	2000	6000	<b>500</b>
<b>Patient 21</b>	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 22</b>	<b>150</b>	0	0	0	<b>0</b>	1	1200	1200	<b>100</b>

Patient 23	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 24	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 25	0	0		0	0	0	0	0	0
Patient 26	0	2	1800	3600	300	2	2000	4000	333,33
Patient 27	1580	0	0	0	0	8	1250	10000	833,33
Patient 28	0	2	1500	3000	250	0	0	0	0
Patient 29	0	4	3250	13000	1083,33	0	0	0	0
Patient 30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 31	262,2	3	2500	7500	625	2	2500	5000	416,67
Patient 32	0	1	12000	12000	1000	0	0	0	0
Patient 33	0	5	2500	12500	1041,67	2	3500	7000	583,33
Patient 34	420	1	25000	25000	2083,33	4	1500	6000	500
Patient 35	2666,66	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 36	271,23	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 37	180,08	5	2600	13000	1083,33	0	0	0	0
Patient 38	0	4	2000	8000	666,667	4	1800	7200	600
Patient 39	437,73	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 40	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 41	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 42	1099,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 43	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 44	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 45	200	0	0	0	0	0	0	0	0
Coût total	16092,65	-	-	-	13883,33	-	-	-	7970,83
Coût moyen /patient	357,61	-	-	-	308,52	-	-	-	177,13

### 1.3. Rééducation

Patients	Rééducation				
	nombre séances/an	prix de la séance	transport	Restauration	coûts moy/mois
Patient 1	48	500	500	300	5200
Patient 2	0	0	0	0	0
Patient 3	6	600	200	300	550
Patient 4	0	0	0	0	0
Patient 5	0	0	0	0	0
Patient 6	0	0	0	0	0
Patient 7	0	0	0	0	0
Patient 8	0	0	0	0	0

<b>Patient 9</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 10</b>	60	600	1000	200	<b>9000</b>
<b>Patient 11</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 12</b>	4	600	400	0	<b>333,3</b>
<b>Patient 13</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 14</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 15</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 16</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 17</b>	10	100	0	0	<b>83,33</b>
<b>Patient 18</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 19</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 20</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 21</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 22</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 23</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 24</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 25</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 26</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 27</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 28</b>	24	800	0	500	<b>2600</b>
<b>Patient 29</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 30</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 31</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 32</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 33</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 34</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 35</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 36</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 37</b>	30	600	200	300	<b>2750</b>
<b>Patient 38</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 39</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 40</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 41</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 42</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 43</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 44</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Patient 45</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Coût total</b>	-	-	-	-	<b>20516,67</b>
<b>Coût moyen /patient</b>	-	-	-	-	<b>455,93</b>

## 2. Coût direct non médical

### 2.1. Matérielle spécifique, régime particulier, dépenses quotidienne liées au patient, sorties et loisirs et autre dépense

Patients	matérielle spécifique		régime particulier	dépenses quotidienne liée au patient			sorties et loisirs			autre dépense
	coût annuel	coût mensuel	coût mensuel	transport	couche	coût/mois	nombre de fois/an	coût/sortie	Moy mensue l	coût mensuel
Patient 1	4000	333,33	0	80	0	1280	1	3000	250	0
Patient 2	0	0	2000	0	0	0	10	2000	1666,67	208,33
Patient 3	3000	250	0	80	0	1280	0	0	0	9166,67
Patient 4	8000	666,67	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 5	0	0	0	60	0	960	0	0	0	0
Patient 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 7	0	0	0	0	0	0	8	2000	1333,33	416,67
Patient 8	0	0	0	120	80	4320	12	1500	1500	0
Patient 9	0	0	0	120	0	1920	2	1500	250	0
Patient 10	7000	583,3333	3000	0	50	1500	2	1500	250	0
Patient 11	8000	666,677	1500	40	0	640	0	0	0	0
Patient 12	7500	625	3000	200	45	4550	8	2000	1333,33	0
Patient 13	0	0	0	0	0	0	15	1500	1875	0
Patient 14	0	0	0	40	0	640	4	3000	1000	0
Patient 15	8000	666,67	0	90	0	1440	3	3000	750	666,67
Patient 16	6500	541,67	0	0	0	0	2	3000	500	0
Patient 17	7000	583,33	0	150	50	3900	6	700	350	0
Patient 18	0	0	0	50	0	800	2	3000	500	500
Patient 19	0	0	0	70	0	1120	10	2000	1666,67	0
Patient 20	6000	500	0	0	0	0	5	2500	1041,67	0
Patient 21	7500	625	0	40	0	640	15	1500	1875	0
Patient 22	7000	583,33	0	80	0	1280	12	2000	2000	0
Patient 23	0	0	0	200	0	3200	8	3000	2000	0
Patient 24	0	0	0	70	0	1120	0	0	0	0
Patient 25	0	0	0	0	0	0	10	2000	1666,67	0
Patient 26	8000	666,67	0	0	0	0	10	2500	2083,33	0
Patient 27	0	0	2500	0	0	0	15	1200	1500	0
Patient 28	9700	808,33	0	0	0	0	10	2000	1666,67	0
Patient 29	8000	666,67	1500	40	0	640	3	3000	750	0
Patient 30	0	0	0	0	0	0	12	2000	2000	0
Patient 31	22000	1833,333	0	60	0	960	15	1500	1875	0
Patient 32	7000	583,33	0	60	0	960	0	0	0	0
Patient 33	5000	416,67	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 34	0	0	3000	0	70	2100	4	3000	1000	0
Patient 35	0	0	0	0	45	1350	8	2000	1333,33	533,33

Patient 36	0	0	0	0	0	0	4	1000	333,33	0
Patient 37	0	0	0	200	0	3200	0	0	0	0
Patient 38	6000	500	2000	0	0	0	3	2000	500	0
Patient 39	0	0	0	60	0	960	0	0	0	0
Patient 40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 41	0	0	3000	100	0	1600	2	3000	500	0
Patient 42	0	0	0	0	45	1350	3	1500	375	0
Patient 43	20000	1666,67	0	0	40	1200	0	0	0	0
Patient 44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	400
Patient 45	0	0	0	30	20	1080	0	0	0	0
Coût total	-	13766,7	21500	-	-	45990	-	-	35725	11891,64
Coût moyen /patient	-	305,92	477,78	-	-	1022	-	-	793,89	264,64

## 2.2.Transport

Patients	Nombre de visites/ an			Dépenses moy / consultation	Coût moy mensuel	visites hors wilaya/an			Total transport
	Généraliste	Spécialiste	Hôpital			Nombre de visites/an	Dépenses moy / consultation	Coût Moy mensuel	
Patient 1	0	6	0	1500	750	1	6000	500	1250
Patient 2	15	0	0	80	100	0	0	0	100
Patient 3	0	1	0	500	41,67	0	0	0	41,67
Patient 4	0	4	0	1500	500	0	0	0	500
Patient 5	0	4	0	80	26,67	0	0	0	26,67
Patient 6	0	0	4	400	133,33	0	0	0	133,33
Patient 7	0	3	0	400	100	0	0	0	100
Patient 8	0	5	0	400	166,67	0	0	0	166,67
Patient 9	0	0	5		0	0	0	0	0
Patient 10	0	0	3	400	100	0	0	0	100
Patient 11	0	8	0	250	166,67	0	0	0	166,67
Patient 12	0	5	0	3000	1250	72	1500	9000	10250
Patient 13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 14		4		400	133,33	0	0	0	133,33
Patient 15	0	5	0	400	166,67	0	0	0	166,67
Patient 16	0	1	0	500	41,667	0	0	0	41,67
Patient 17	0	2	0	80	13,33	0	0	0	13,33
Patient 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patient 20	0	3	0	200	50	0	0	0	50
Patient 21	0	1	0	2500	208,33	0	0	0	208,33
Patient 22	0	3	0	2500	625	0	0	0	625

<b>Patient 23</b>	0	20	0	800	<b>1333,33</b>	0	0	<b>0</b>	<b>1333,33</b>
<b>Patient 24</b>	0	4	6	320	<b>266,67</b>	1	2000	<b>166, 67</b>	<b>433,33</b>
<b>Patient 25</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 26</b>	0	4	0	1500	<b>500</b>	0	0	<b>0</b>	<b>500</b>
<b>Patient 27</b>	4	0	0	300	<b>100</b>	8	8000	<b>5333,33</b>	<b>5433,33</b>
<b>Patient 28</b>	0	10	0	360	<b>300</b>	2	1500	<b>250</b>	<b>550</b>
<b>Patient 29</b>	0	5	0	600	<b>250</b>	1	5000	<b>416, 67</b>	<b>666, 67</b>
<b>Patient 30</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 31</b>	0	5	0	300	<b>125</b>	0	0	<b>0</b>	<b>125</b>
<b>Patient 32</b>	0	2	0	140	<b>23,33</b>	1	2400	<b>200</b>	<b>223,33</b>
<b>Patient 33</b>	0	2	0	4000	<b>666,67</b>	5	2500	<b>1041, 67</b>	<b>1708,33</b>
<b>Patient 34</b>	0	8	0	1000	<b>666,67</b>	1	4000	<b>333,33</b>	<b>1000</b>
<b>Patient 35</b>	0	1	0	1200	<b>100</b>	1	3000	<b>250</b>	<b>350</b>
<b>Patient 36</b>	0	5	0	2000	<b>833,33</b>	0	0	<b>0</b>	<b>833,33</b>
<b>Patient 37</b>	0	4	0	450	<b>150</b>	1	2000	<b>166, 67</b>	<b>316,67</b>
<b>Patient 38</b>	0	4	0	800	<b>266, 67</b>	0	0	<b>0</b>	<b>266, 67</b>
<b>Patient 39</b>	0	20	0	160	<b>266, 67</b>	0	0	<b>0</b>	<b>266,67</b>
<b>Patient 40</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 41</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 42</b>	0	6	0	2500	<b>1250</b>	1	3500	<b>291,67</b>	<b>1541, 67</b>
<b>Patient 43</b>	2	4	0	200	<b>100</b>	6	5000	<b>2500</b>	<b>2600</b>
<b>Patient 44</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 45</b>	3	0	0	500	<b>125</b>	0	0	<b>0</b>	<b>125</b>
<b>Coût total</b>	-	-	-	-	<b>11896, 67</b>	-	-	<b>20450</b>	<b>32346,67</b>
<b>Coût moyen /patient</b>	-	-	-	-	<b>264,37</b>	-	-	<b>454,44</b>	<b>718,81</b>

### 2.3.Restauration

Patients	Nombre de visites/ an			Dépenses moy / consultation	Coût moy mensuel	visites hors wilaya/an			Total restauration
	Généraliste	Spécialiste	Hôpital			Nombre de visites/an	Dépenses moy / consultation	Coût Moy mensuel	
<b>Patient 1</b>	0	6	0	300	<b>150</b>	1	700	<b>58,33</b>	<b>208,33</b>
<b>Patient 2</b>	15	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 3</b>	0	1	0	400	<b>33,33</b>	0	0	<b>0</b>	<b>33,33</b>
<b>Patient 4</b>	0	4	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 5</b>	0	4	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 6</b>	0	0	4	500	<b>166,67</b>	0	0	<b>0</b>	<b>166,67</b>
<b>Patient 7</b>	0	3	0	400	<b>100</b>	0	0	<b>0</b>	<b>100</b>
<b>Patient 8</b>	0	5	0	500	<b>208,33</b>	0	0	<b>0</b>	<b>208,33</b>
<b>Patient 9</b>	0	0	5	500	<b>208,33</b>	0	0	<b>0</b>	<b>208,33</b>
<b>Patient 10</b>	0	0	3	700	<b>175</b>	0	0	<b>0</b>	<b>175</b>

<b>Patient 11</b>	0	8	0	500	<b>333,33</b>	0	0	<b>0</b>	<b>333,33</b>
<b>Patient 12</b>	0	5	0	1500	<b>625</b>	72	800	<b>4800</b>	<b>5425</b>
<b>Patient 13</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 14</b>		4		300	<b>100</b>	0	0	<b>0</b>	<b>100</b>
<b>Patient 15</b>	0	5	0	400	<b>166,67</b>	0	0	<b>0</b>	<b>166,67</b>
<b>Patient 16</b>	0	1	0	500	<b>41,67</b>	0	0	<b>0</b>	<b>41,67</b>
<b>Patient 17</b>	0	2	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 18</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 19</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 20</b>	0	3	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 21</b>	0	1	0	600	<b>50</b>	0	0	<b>0</b>	<b>50</b>
<b>Patient 22</b>	0	3	0	600	<b>150</b>	0	0	<b>0</b>	<b>150</b>
<b>Patient 23</b>	0	20	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 24</b>	0	4	6	1000	<b>833,33</b>	1	1500	<b>125</b>	<b>958,33</b>
<b>Patient 25</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 26</b>	0	4	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 27</b>	4	0	0	0	<b>0</b>	8	2500	<b>1666,67</b>	<b>1666,67</b>
<b>Patient 28</b>	0	10	0	500	<b>416,67</b>	2	750	<b>125</b>	<b>541,67</b>
<b>Patient 29</b>	0	5	0	1500	<b>625</b>	1	1800	<b>150</b>	<b>775</b>
<b>Patient 30</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 31</b>	0	5	0	800	<b>333,33</b>	0	0	<b>0</b>	<b>333,33</b>
<b>Patient 32</b>	0	2	0	500	<b>83,33</b>	1	500	<b>41,67</b>	<b>125</b>
<b>Patient 33</b>	0	2	0	300	<b>50</b>	5	800	<b>333,33</b>	<b>383,33</b>
<b>Patient 34</b>	0	8	0	300	<b>200</b>	1	1500	<b>125</b>	<b>325</b>
<b>Patient 35</b>	0	1	0	1000	<b>83,33</b>	1	2000	<b>166,67</b>	<b>250</b>
<b>Patient 36</b>	0	5	0	500	<b>208,33</b>	0	0	<b>0</b>	<b>208,33</b>
<b>Patient 37</b>	0	4	0	500	<b>166,67</b>	1	700	<b>58,33</b>	<b>225</b>
<b>Patient 38</b>	0	4	0	1000	<b>333,33</b>	0	0	<b>0</b>	<b>333,33</b>
<b>Patient 39</b>	0	20	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 40</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 41</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 42</b>	0	6	0	700	<b>350</b>	1	2000	<b>166,67</b>	<b>516,67</b>
<b>Patient 43</b>	2	4	0	400	<b>200</b>	6	1200	<b>600</b>	<b>800</b>
<b>Patient 44</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patient 45</b>	3	0	0	500	<b>125</b>	0	0	<b>0</b>	<b>125</b>
<b>Coût total</b>	-	-	--	-	<b>6516,67</b>	-	-	<b>8416,67</b>	<b>14933,33</b>
<b>Coût moyen /patient</b>	-	-	-	-	<b>144,81</b>	-	-	<b>187,04</b>	<b>331,85</b>

### 3. Coût indirect

Patients	perte de revenu (absence de travail)		
	Salaire moyen mensuel	Nombre journée /an	coût Moyen/Mois
Patient 1	14000	4	212,12
Patient 2	10000	3	113,64
Patient 3	10000	0	0
Patient 4	21500	10	814,39
Patient 5	21500	3	244,31
Patient 6	10000	0	0
Patient 7	30000	5	568,18
Patient 8	14000	0	0
Patient 9	21500	5	407,19
Patient 10	21500	5	407,19
Patient 11	30000	0	0
Patient 12	55000	0	0
Patient 13	55000	10	2083,33
Patient 14	30000	0	0
Patient 15	21500	0	0
Patient 16	21500	4	325,76
Patient 17	10000	0	0
Patient 18	10000	0	0
Patient 19	21500	0	0
Patient 20	55000	10	2083,33
Patient 21	50000	10	1893,934
Patient 22	21500	0	0
Patient 23	40000	4	606,06
Patient 24	30000	0	0
Patient 25	30000	5	568,18
Patient 26	55000	3	625
Patient 27	50000	10	1893,93
Patient 28	30000	0	0
Patient 29	10000	4	151,51
Patient 30	30000	5	568,181
Patient 31	30000	7	795,45
Patient 32	21500	0	0
Patient 33	30000	10	1136,36
Patient 34	30000	30	3409,09
Patient 35	55000	0	0
Patient 36	21500	10	814,39
Patient 37	21500	5	407,19

<b>Patient 38</b>	30000	5	<b>568,18</b>
<b>Patient 39</b>	50000	20	<b>3787,88</b>
<b>Patient 40</b>	21500	1	<b>81,44</b>
<b>Patient 41</b>	30000	0	<b>0</b>
<b>Patient 42</b>	14000	0	<b>0</b>
<b>Patient 43</b>	14000	8	<b>424,24</b>
<b>Patient 44</b>	55000	0	<b>0</b>
<b>Patient 45</b>	10000	3	<b>113,64</b>
<b>Coût total</b>	-	-	<b>25104,17</b>
<b>Coût moyen /patient</b>	-	-	<b>557,87</b>

**Annexe 3** : Prix des médicaments les plus fréquents chez les enfants inadaptés mentaux

Médicament	dosage	Prix (DA)	Tarif de référence	Montant à payé (DA)	
				Assurance (100%)	Assurance (80%)
Ferrosanol	-	786,82	495,00	291,82	390,82
Dépakine	500mg	904,12	904,12	-	180,82
Dépakine sirop	40mg	310,04	310,04	-	620,08
Riperal risperidone	1mg	930,00	930,00	-	186,00
Riperal	4mg	3150,00	3150,00	-	630,00
Lasilix	40mg	140,00	140,00	-	28,00
Lopril	25mg	205,00	205,00	-	41,00
Baclofene	10mg	447,41	437,50	9,91	11,82
Allertine	10mg	120,00	120,00	-	24,00
Seretide	250mg	2226,22	2100,00	126,22	151,464
Ventoline	100mg	259,94	259,94	-	51,99
Phenoxol	100mg	150,00	103,00	470,0	56,40
Tegretol	200mg	435,00	435,00	-	87,00
Amitral	100mg	1943,39	1943,39	-	388,68
Parkinane	2mg	275,34	200,00	75,34	90,41
Aspegic	100mg	132,37	117,60	14,77	18,00

Source : réalisé par nos soins d'après les données d'une pharmacie privée, avril 2017.

**Annexe 4:** Situation comptable et financière de l'association le défi Seddouk, 2016



**ASSOCIATION POUR ENFANTS INADAPTES MENTAUX  
SEDDOUK BENI MAUCHE « LE DEFI »**

**SITUATION COMPTABLE ET FINANCIERE  
ARRETEE AU 31 DECEMBRE 2016**

RECETTES		DEPENSES	
RUBRIQUES	MONTANT	RUBRIQUES	MONTANT
solde anterieur	1 342 427.43	frais telephone et internet	61 659.67
dons	1 290 800.00	fourniture de bureau	131 372.85
subvention apw	1 400 000.00	materiel bureau	611 000.00
projet JOUSSOUR	96 931.00	frais parc auto	285 585.92
cotisation	34 600.00	célébration des journée	355 373.27
		frais d'impression et publicité	99 935.15
		produits entretiens	28 455.00
		materiel para médicale	33 088.98
		divers	764 914.54
		agios	3 276.00
		<b>total</b>	<b>2 374 661.38</b>
<b>total</b>	<b>4 164 758.43</b>	solde débiteur	1 790 097.05
		<b>total</b>	<b>4 164 758.43</b>

solde banque au 31/12/2016	1 683 600.38
solde caisse au 31/12/2016	106 496.67
<b>total</b>	<b>1 790 097.05</b>

LE PRESIDENT

LE TRESORIER

COMMISSAIRE AUX COMPTES

عيسى قبيش  
رئيس جمعية التحدي للأطفال ذوي الاحتياجات  
العامة لدارتي صفاق و بني معوش ولاية نابل  
228/06 الاعتماد  
2016/09/23

TRÉSORIER  
DE L'ASSOCIATION  
Abx N° 228 / 06  
NAIT BOUDA Belkacem

TALBI ESSAID  
EXPERT COMPTABLE  
Commissaire aux Comptes  
SEDDOUK Centre  
Tél. : 034.32.42.45



**ASSOCIATION POUR ENFANTS INADAPTES MENTAUX  
SEDDOUK BENI MAUCHE « LE DEFI »**

**ETATS FINANCIERS DES RECETTES DE L'EXERCICE 2016**

N°	ARTICLES	MONTANTS
<b>1</b>	<b>SUBVENTIONS</b>	
<b>1.1</b>	<b>FINANCEMENT PUBLIC</b>	<b>1 400 000.00</b>
1.1.1	WILAYA (DASS/APW)	1 400 000.00
	DIRECTION DE LA JENESSE ET DES SPORT	0.00
<b>1.2</b>	<b>FINANCEMENT DES INSTANCES NATIONALES ET INTERNATIONALES</b>	<b>96 931.00</b>
1.2.1	Fondation de France ( projet PCPA Jousour)	96 931.00
1.2.2	handicape internationale( projet Education inclusive)	0.00
1.2.3	handicape internationale( projet IDMAJ)	0.00
1.2.4	handicape internationale( projet LEAD)	0.00
1.2.5	Fédération Algerienne des personnes Handicapées (PEAC)	0.00
<b>1.3</b>	<b>AUTRES RESSOURCE</b>	<b>0.00</b>
1.3.1	Particuliers	0.00
1.3.2	Mombres de l'association (Fonds personnel)	0.00
<b>2</b>	<b>COTISATIONS</b>	<b>34 600.00</b>
2.1	Adhérents	34 600.00
2.2	MOMBRES DU BUREAU	0.00
<b>3</b>	<b>AUTRES</b>	<b>0.00</b>
3.1	Reliquat de l'exercice antérieur	<b>1 342 427.43</b>
3.1.1	Banque	862 752.04
3.1.2	Caisse	479 675.39
<b>3.3</b>	<b>Dons</b>	<b>1 290 800.00</b>
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>4 164 758.43</b>

LE TRESORIER

TRÉSORIER  
DE L'ASSOCIATION  
N° 228/06  
NAIT BOUDA Belkacem

LE PRESIDENT

عيسى قبيش  
رئيس جمعية التحدى للأطفال ذوي الإحتياجات  
العاصمة لداربي ص. و. و. بي معوش ولاية بجاية  
رقم الإحتجاج: 228/06

Siège Social : rue des 07 martyrs ex caserne Seddouk Mob : 06.60.44.13.67 Tél/Fax : 034.32.41.49 E-mail:  
ledefi@hotmail.fr Web www.ledefi-seddouk.com Compte Bancaire BADR N° 365 013106 70200 000

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

DEDICACES

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....01

### CHAPITRE I : LA PRISE EN CHARGE DE L'INADAPTATION MENTALE

**Introduction .....05**

**1. Concepts et définition liées à l'handicap .....05**

1.1 Quelques définitions.....07

1.1.1. La convention internationale des droits de l'enfant de 1989 .....07

1.1.2. La Convention relative aux droits des personnes handicapées de 2006 .....07

1.1.3. l'organisation mondiale de la santé (OMS).....07

1.2. Classification internationale du handicap.....07

1.3. Typologies médicales du handicap.....09

1.1.1 Handicap sensoriel.....09

1.1.1.1 Déficiences auditives.....09

1.1.1.2 Déficiences visuelles.....09

1.1.2 Handicap moteur.....10

1.3.2.1 Handicap moteur d'origine cérébrale.....10

1.3.2.2. Handicap moteur d'origine non cérébrale.....10

1.1.3 Handicap mental.....10

1.1.4 Le polyhandicap.....11

**2. Le handicap mental : Origines, diagnostic et prévention.....11**

2.1. Définition .....11

2.2. Classification de l'OMS pour Le handicap mental.....12

2.2.1. Déficience mentale profonde .....12

2.2.2. Déficience mentale sévère .....13

2.2.3. Déficience mentale modérée .....13

2.2.4. Déficience mental légère .....13

2.3. La déficience mentale du point de vue médicale.....14

2.3.1 Origines de la déficience mentale .....	14
2.3.2 Diagnostic et symptômes.....	16
2.3.3 Les conséquences .....	17
2.3.4 Prévention .....	18
<b>3. La prise en charge des enfants inadaptés mentaux .....</b>	<b>18</b>
3.1. La prise en charge et les besoins spécifiques des enfants inadaptés mentaux .....	19
3.1.1. Maintien des moyens habituels d'éducation .....	19
3.1.2. Mise en place d'une éducation spéciale.. .....	19
3.1.3. Rééducations .....	19
3.1.4. Soutien psychologique à l'enfant et à sa famille .....	20
3.2 Les types des structures spécialisées pour les enfants handicapés mentaux.....	20
3.2.1. Structures Sanitaires .....	20
3.2.2. Structures Médico-sociales .....	21
3.2.2.1. Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile .....	21
3.2.2.2. Les établissements médico-sociaux .....	22
3.2.2.3. Les aides spécifiques pour la petite enfance .....	23
<b>Conclusion .....</b>	<b>23</b>

## **CHAPITRE II : EVALUATION ECONOMIQUE DES COUTS DU HANDICAP**

<b>Introduction.....</b>	<b>24</b>
<b>1. L'évaluation économique dans le domaine de la santé.....</b>	<b>24</b>
1.1. Définition de l'évaluation économique .....	25
1.2. L'évaluation économique en santé .....	26
1.3. Les forces et faiblesses de l'évaluation économique.....	27
<b>2. Les différents types des coûts et les méthodes d'évaluations économiques en santé... 28</b>	<b>28</b>
2.1. Typologie des coûts .....	28
2.1.1. Coûts directs .....	28
2.1.1.1. Les coûts directs médicaux .....	29
2.1.1.2. Les coûts directs non médicaux .....	29
2.1.2. Coûts indirects : la productivité perdue .....	29
2.1.3. Coûts intangibles : coûts humains et psychologiques .....	30
2.2. Quels coûts prendre en compte ? .....	31
2.3. Types d'analyse de l'évaluation économique en santé .....	32
2.3.1. L'analyse de minimisation des coûts (AMC) .....	32

2.3.2. Analyses coût-efficacité (ACE) .....	32
2.3.3. Analyse coûts-utilité (ACU) .....	33
2.3.4. Analyse cout-bénéfice (ACB) .....	34
<b>3. Approche économique du dépistage et l'évaluation des coûts de la prise en charge du handicap .....</b>	<b>35</b>
3.1. L'importance de l'évaluation économique dans le domaine de prise en charge des handicapés .....	36
3.2. Coûts du handicap .....	37
3.2.1. Coûts directs du handicap .....	38
3.2.1.1. Coûts supplémentaires engendrés par le handicap .....	38
3.2.1.2. Dépenses publiques pour les programmes relatifs au handicap .....	38
3.2.2. Coûts indirects .....	40
<b>Conclusion .....</b>	<b>40</b>

## **CHAPITRE III : SITUATION DES PERSONNES HANDICAPEES EN ALGERIE**

<b>Introduction .....</b>	<b>41</b>
<b>1. le cadre institutionnel des programmes de prise en charge des enfants handicapés ....</b>	<b>41</b>
1.1. Cadre politique et législatif algérien par rapport au handicap .....	41
1.2. Programmes de soutien à l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap en Algérie .....	44
1.2.1. Carte de handicapé et accès aux mécanismes d'aide sociale .....	44
1.2.2. Éducation des enfants en situation de handicap en Algérie .....	45
1.2.3. Enseignement spécialisé .....	45
1.2.4. Programmes d'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées .....	45
<b>2. statistiques concernant le handicap en Algérie .....</b>	<b>46</b>
2.1. Statistiques descriptives sur le handicap en Algérie .....	46
2.2. Données statistiques de l'éducation et l'enseignement spécialisés pour enfants handicapés (Année scolaire 2015-2016) .....	49
2.2.1. Centres psycho pédagogiques pour enfants handicapés mentaux (CPPEH mentaux)....	50
2.2.2. Centres psycho pédagogiques pour enfants handicapés moteurs (CPPEH moteur) .....	51
2.2.3. Ecole pour enfants handicapés auditifs (EEHA auditif) .....	51
2.2.4. Ecoles pour enfants handicapés visuels (EEHV) .....	51
<b>Conclusion .....</b>	<b>63</b>

## CHAPITRE IV : EVALUATION DES COÛTS DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS INADAPTES MENTAUX

<b>Introduction</b> .....	<b>55</b>
<b>1. Présentation de l'organisme d'accueil</b> .....	<b>55</b>
1.1. La zone d'intervention de l'association .....	56
1.2. Missions de l'association .....	57
1.2.1. Population ciblée .....	57
1.2.2. Domaine d'intervention .....	57
1.2.3. Partenaires .....	58
1.2.4. Localité .....	58
1.2.5. Valeurs .....	58
1.3. Activités de l'association .....	58
1.3.1. Activités principales .....	58
1.4. Organigramme et fonctionnement de l'association .....	59
1.4.1. L'organigramme .....	59
1.4.2. Fonctionnement .....	59
1.5. Les structures mises en place par l'association .....	60
1.5.1. Cellule d'écoute, de conseils et d'orientation .....	60
1.5.2. Cellule d'accompagnement à la scolarisation .....	60
1.5.3. Cellule d'accompagnement à la formation et l'emploi .....	61
1.6. Les objectifs de l'association .....	61
<b>2. Méthodologie</b> .....	<b>61</b>
<b>3. Présentation de l'enquête (caractéristiques générales).</b> .....	<b>63</b>
3.1. Caractéristiques socioéconomiques des personnes qui ont répondu au questionnaire .....	63
3.2. Caractéristiques socioéconomiques des enfants inadaptés mentaux.....	65
<b>4. Cas pratique : Présentation et discussion des résultats de l'étude</b> .....	<b>68</b>
4.1. Le coût pour le patient. ....	68
4.1.1. Coût direct médical .....	68
4.1.2. Coût direct non médical .....	71
4.1.3. Coûts indirects .....	74
4.1.4. Résumé du coût moyen pour le patient.....	75
4.2. Le coût supporté par les associations (cas de l'association « le défi Seddouk »).....	77
4.3. Le coût public .....	79
4.3.1. Coût supporté par les centres psycho-pédagogiques .....	80

4.3.2. Coût supporté par la direction de l'action sociale et de solidarité (DASS) .....	81
<b>5. Obstacles et limites de l'étude.....</b>	<b>82</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>83</b>
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>86</b>
<b>ANNEXES</b>	
<b>TABLES DES MATIERES</b>	

## Summary

The child with a mental handicap is first a child. He must benefit as much as possible from the conditions that allow his development. He has additional needs, which depend on the specific characteristics of his disability. So it's not surprising that taking care of it is a real financial burden.

The purpose of our study is to estimate the cost of taking care of mentally ill children. It appeared in this study that this cost is composed of three parts, the cost for the patient borne by the families, the public cost supported By the State and the cost borne by the association.

Through a field survey we identified the average cost for the patient based on a sample of 45 patients, this cost amounted to **6634.23 DA / patient / month.**

The cost of association and the public cost are based on information obtained from a collection of data from the services which takes part in the care of mentally ill children, the average cost of the association is **721.12 DA / Patient / Month.** For the public cost the results show that the cost borne by the DASS amounts to **4978.26 DA / Patient/ Month** and for the psycho-pedagogical center the cost is **33221,11 DA / patient / month.**

**Key words:** mental handicap, costs of care, children, evaluation, investigation, Bejaia.

## Résumé

L'enfant avec un handicap mental est d'abord un enfant. Il doit bénéficier dans toute la mesure du possible des conditions qui permettent son développement, Il a des besoins supplémentaires, qui sont fonction des caractéristiques propres de son handicap. Donc n'est pas surprenant que sa prise en charge constitue un vrai fardeau financier.

L'objet de notre étude est d'estimer le coût de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux, Il apparait dans cette étude que ce coût est composé de trois parties, le coût pour le patient supporté par les familles, le coût public supporté par l'Etat et le coût supporté par l'association.

À travers une enquête de terrain nous avons identifié le coût moyen pour le patient en se basant sur un échantillon de 45 patients, ce coût s'élevait à **6634,23 DA /patient /mois**.

Le coût d'association et le coût public sont basés sur des informations issues par une collecte de donnée auprès des services qui participe à la prise en charge des enfants inadaptés mentaux, le coût moyen de l'association s'élève à **721,12 DA/Patient/Mois**. Pour le coût public les résultats montrent que le coût supporté par la DASS s'élève à **4978,26 DA/ Patient /mois** et pour le centre psychopédagogique le coût s'élève à **33221,11 DA/patient/mois**.

**Mots clés :** handicap mental, coûts de prise en charge, enfants, évaluation, enquête, Bejaia.

## ملخص

يعتبر الطفل المعاق ذهنيا في الأساس طفل. يجب أن يستفيد من كل الظروف الممكنة التي تسمح بتطوره، لان لديه احتياجات اضافية، تتعلق بالخصائص المميزة لإعاقة. لذلك ليس من المستغرب أن دعمه يشكل عبء مالي الحقيقي.

الغرض من الدراسة، تقدير تكلفة رعاية الأطفال المعاقين ذهنيا، هذه التكلفة من ثلاثة أجزاء، تكلفة المريض تتحملها الأسرة، والتكلفة العامة للدولة والتكلفة المتكبدة من قبل للجمعية.

من خلال دراسة ميدانية قمنا بتحديد التكلفة المتوسطة للمريض بناء على عينة من 45 مريض، هذه التكلفة بلغت

**6634.23 دج /طفل/ الشهر**

وتستند تكلفة الجمعيات والتكاليف العامة على المعلومات المنبثقة من عملية جمع البيانات من لدن الأطراف المشاركة

في رعاية الأطفال المعاقين ذهنيا، وبلغ متوسط تكلفة الجمعية إلى **721.12 دج /طفل/ الشهر**. فيما يخص التكلفة العامة

النتائج تبين أن تكلفة مديرية النشاط الاجتماعي و التضامن بلغت **4978.26 دج /طفل/ الشهر** وتكلفة المركز النفسي

بلغت **33221,11 البيداغوجي دج /طفل/ الشهر**

**الكلمات الرئيسية :** إعاقة ذهنية، تكاليف الرعاية، تقييم، تحقيق، بجاية